

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MAXIME BOURGAULT

PRÉSENCE THÉRAPEUTIQUE ET PLEINE CONSCIENCE CHEZ LES
PSYCHOLOGUES : RÔLE MÉDIATEUR DE LA COMPASSION POUR SOI ET DE
LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

JUIN 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Frédéric Dionne, Ph.D., directeur de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Frédéric Dionne, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Maheux, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

Alain Dubois, Ph.D. Université Laval

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme coauteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

La présence thérapeutique se définit comme la capacité d'être entièrement présent durant la rencontre avec ses clients, à la fois aux niveaux physique, émotionnel, cognitif et spirituel (Geller, 2002). Le construit de la présence thérapeutique a été mis en relation avec la pleine conscience dès le début de sa création. Sur le plan quantitatif, Vinca (2009) a trouvé une corrélation positive significative entre la présence thérapeutique et la pleine conscience chez les thérapeutes. Il a été suggéré que la pleine conscience des thérapeutes influence leur niveau de présence thérapeutique de différentes manières, notamment par le développement de la compassion pour soi et la diminution des symptômes d'anxiété et de dépression (Geller & Greenberg, 2012). Cet essai a pour objectif de contribuer au développement des connaissances sur le construit de la présence thérapeutique, particulièrement dans son lien avec la pleine conscience. Pour ce faire, il débute par un contexte théorique qui présente l'état actuel des connaissances sur la présence thérapeutique et la pleine conscience chez les thérapeutes. En second lieu se trouve un article qui présente les résultats d'une recherche empirique menée auprès de 178 psychologues québécois. Les résultats rapportent des corrélations significatives entre la pleine conscience, la compassion pour soi et la détresse psychologique, ainsi que la présence thérapeutique. De plus, ces résultats montrent que la compassion pour soi et la détresse psychologique agissent comme médiateurs partiels de la relation entre la pleine conscience et la présence thérapeutique. Cet article sera soumis à la revue *Mindfulness* pour publication. Enfin, la conclusion générale présente les limites de l'essai et des recommandations pour des recherches futures.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux	vii
Remerciements.....	viii
Introduction générale	1
Aperçu du problème de recherche et objectif général.....	2
La présence thérapeutique.....	3
Historique de la présence thérapeutique	3
Opérationnalisation de la présence thérapeutique.....	5
Mesure de la présence thérapeutique	8
Littérature sur la présence thérapeutique	9
La pleine conscience	13
Historique de la pleine conscience en psychologie.....	13
Les définitions de la pleine conscience.....	14
Opérationnalisation de la pleine conscience	16
Les applications cliniques de la pleine conscience	16
La pleine conscience chez les thérapeutes	17
Les impacts sur la vie personnelle	18
Les impacts sur la vie professionnelle	19
Les liens entre la présence thérapeutique et la pleine conscience	24
Le modèle de l'impact de la pleine conscience sur la présence thérapeutique	25
La compassion pour soi chez les thérapeutes.....	27

La détresse psychologique chez les thérapeutes	29
Article scientifique	33
Résumé	35
Abstract	35
Objectif et hypothèses de recherche.....	39
Méthode	39
Procédure	39
Participants.....	40
Mesures	40
Analyses statistiques	43
Résultats	43
Analyse descriptive	43
Analyse de médiation.....	44
Discussion	45
Limitation et recherches futures.....	47
Références	49
Conclusion générale.....	61
Références générales.....	65
Appendice A. <i>Five Facets Mindfulness Questionnaire</i> - version française	76
Appendice B. Inventaire de présence thérapeutique – version thérapeute	79
Appendice C. Échelle de compassion pour soi – version courte	84
Appendice D. Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ-14).....	86
Appendice E. Traduction anglaise de l'article scientifique	88

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Modèle de la présence thérapeutique dans la relation thérapeutique selon Geller et Greenberg (2002, 2005)6
- 2 Analyses descriptives et corrélationnelles entre la pleine conscience, la présence thérapeutique, la compassion pour soi et la détresse psychologique58
- 3 Résultats de l'analyse de médiation pour les effets indirects de la compassion pour soi et la détresse psychologique dans la relation entre la pleine conscience et la présence thérapeutique59

Remerciements

Je suis particulièrement reconnaissant à mes parents, Sylvie et Francis, qui m'ont soutenu tout au long de ma vie, autant dans mes études qu'en dehors. Merci de m'avoir laissé errer à la découverte de mes intérêts, puis de m'avoir supporté dans la réalisation de mes projets autant scolaires que personnels. Merci pour l'ouverture d'esprit et l'accueil inconditionnel que vous démontrez face au chemin de vie qui est le mien.

Ensuite, je tiens à remercier Frédérick Dionne, professeur au Département de psychologie de l'UQTR qui a accepté, à mi-chemin de mon parcours doctoral, de diriger ce nouveau projet d'essai. Je souligne ici son optimisme constant, ses encouragements et son soutien qui m'ont permis de persévérer dans cette entreprise. Frédérick, tu es une personne inspirante et une preuve vivante des merveilles que peut accomplir l'ACT appliquée au quotidien. Continue d'être le leader positif que tu es.

Merci à Pier-Éric Chamberland pour son aide dans les analyses statistiques de cette recherche. Enfin, merci à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réussite de mes études.

Introduction générale

La présente section est consacrée à la description des concepts centraux de cet essai, soit la présence thérapeutique et la pleine conscience. D'abord, l'objectif général de l'essai est exposé. Par la suite, l'accent est mis sur la définition et la mise en lien de la présence thérapeutique et la pleine conscience. Enfin, la compassion pour soi et la détresse psychologique chez les thérapeutes sont brièvement abordées.

Aperçu du problème de recherche et objectif général

La présence thérapeutique (PT), c'est-à-dire la capacité du thérapeute à être entièrement présent dans les rencontres thérapeutiques avec ses clients, est une habileté essentielle à une thérapie efficace (Geller, 2013a; Schneider, 2015). La PT telle que conceptualisée par Geller (2002) est un construit relativement récent ayant fait l'objet de peu de recherches empiriques. Ainsi, la connaissance des mécanismes influençant la PT est limitée et gagnerait à être étudiée davantage (Colosimo & Pos, 2015).

Cet essai a pour objectif de contribuer au développement des connaissances sur le construit de la PT, particulièrement dans son lien avec la pleine conscience (PC). Pour ce faire, l'état actuel des connaissances sur la PT et la PC chez les thérapeutes est présenté dans l'Introduction générale. La prochaine partie de cet essai présente une recherche empirique effectuée auprès d'un échantillon de psychologues québécois.

Inspiré par la proposition de Geller et Greenberg (2012), cette étude vérifie si la compassion pour soi et la détresse psychologique servent de variable médiatrice dans la relation entre la PC et la PT. Enfin, la dernière partie de cet essai présente une conclusion générale.

La présence thérapeutique

La présence thérapeutique est un construit originalement développé comme projet de thèse doctorale par Geller (2002). Elle est définie comme le fait « [d']être entièrement impliqué dans la rencontre avec le client en se montrant complètement présent à des niveaux multiples – physiquement, émotionnellement, cognitivement et spirituellement » (Geller & Greenberg, 2012, p.7; traduction libre). La PT implique d'être *présent à l'autre*. Le thérapeute nourrit l'intention d'être *avec* et *pour* le client, entièrement au service de son processus de guérison. Simultanément, le thérapeute est *présent à lui-même* et reste attentif à sa propre expérience durant la rencontre. Il utilise la conscience de soi et de son corps comme outil pour comprendre et répondre à son client. Enfin, la PT implique d'être *présent à la relation* par l'observation et l'ouverture à l'expérience relationnelle qui se déploie entre le thérapeute et le client.

Historique de la présence thérapeutique

Bien avant le développement du construit de la présence thérapeutique, la notion de présence en thérapie a fait l'objet d'intérêt dans la littérature. Geller (2002) s'est basée sur cette littérature provenant de différentes approches pour développer son construit.

En voici un bref survol. Pour Buber (1958), la guérison en psychothérapie émerge de la rencontre de deux personnes qui sont entièrement présentes l'une pour l'autre. Pour Bugental (1987), la présence est centrale au processus thérapeutique. Il la définit comme « la qualité d'être dans une situation ou dans une relation avec l'intention profonde d'être aussi conscient et participatif que possible » (Bugental, 1987, p. 27; Cité dans Geller & Greenberg, 2012; traduction libre). Dans la thérapie centrée sur la personne, Rogers (1957) décrit trois conditions offertes par le thérapeute qui sont suffisantes pour qu'il y ait un changement thérapeutique : la congruence, le regard positif inconditionnel et l'empathie. Dans ses travaux plus tardifs, il introduira le concept de présence comme une composante puissante, voire essentielle, au processus de guérison (Geller & Greenberg, 2002). Dans une entrevue, Rogers rapporte :

J'ai tendance à penser que, dans mes écrits, j'ai peut-être trop insisté sur les trois conditions fondamentales que sont la congruence, le regard positif inconditionnel et la compréhension empathique. Peut-être l'élément le plus important de la thérapie se trouve-t-il à l'orée de ces conditions – quand mon *self* est présent de façon claire et évidente. (Baldwin, 2009)

Cette qualité de présence peut être vue comme une quatrième condition du modèle de thérapie centrée sur la personne ou comme une condition essentielle au développement des autres qualités. À propos de la présence, Rogers (1957) reconnaît que lorsqu'il est réellement concentré sur le client, sa simple présence semble suffisante pour guérir (Baldwin, 2009). Schneider (2015) perçoit la présence en thérapie comme la base permettant le développement des principaux facteurs contextuels pour une thérapie efficace. Ces facteurs contextuels sont communs aux différentes formes de

psychothérapie et incluent l'alliance thérapeutique, l'empathie, la collaboration, la production de sens et d'espoir.

Opérationnalisation de la présence thérapeutique

Les descriptions incomplètes et le manque de consensus entre les définitions de la présence thérapeutique ont mené Geller (2002) à créer son modèle de PT. Pour ce faire, elle a effectué une recherche qualitative auprès de thérapeutes expérimentés. Les sept thérapeutes qui ont participé à l'étude avaient au moins dix années d'expérience clinique et ils provenaient de différentes approches théoriques. Chacun avait déjà écrit sur le sujet de la présence ou la décrivait comme un élément central de leur pratique thérapeutique. Pour débiter, une définition sommaire de la présence en thérapie basée sur la littérature existante leur était fournie. Ils ont été invités à réfléchir sur la place de la présence dans leur propre pratique. Ils ont ensuite participé à des entrevues semi-structurées. Le principe de catégorisation dans les recherches qualitatives décrit comment, par l'analyse du contenu, des unités de sens sont créées. Elles sont condensées en thèmes puis en catégories d'ordre supérieur non réductibles (Kvale, 1996). L'analyse qualitative du contenu des entrevues a permis de cibler trois catégories d'ordre supérieur contenant chacune différents thèmes. Ces catégories sont devenues les bases du modèle explicatif de la présence thérapeutique présenté au Tableau 1 (Geller, 2002; Geller & Greenberg, 2002). Il est à noter que la description détaillée de chaque élément de ce modèle dépasserait le cadre de ce contexte théorique¹.

¹ Pour une description détaillée de chacune des composantes, voir Geller & Greenberg (2012).

Tableau 1

*Modèle de la présence thérapeutique dans la relation thérapeutique
selon Geller et Greenberg (2002, 2005)*

La préparation	Le processus	L'expérience
<p>Avant la session</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intention d'être présent • Créer un espace de disponibilité • Mettre de côté ses préoccupations personnelles • Mettre en suspens les théories, les préconceptions, les projets pour la thérapie • Attitude d'ouverture, d'acceptation, d'intérêt et de non-jugement <p>Dans la vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement philosophique envers la présence • Développement personnel • Pratique de la présence dans sa vie personnelle • Méditation • Soins de soi et de ses propres besoins 	<p>Réceptivité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être ouvert, accepter et permettre • Réceptivité sensorielle et corporelle • Écouter avec la <i>troisième oreille</i> • Perception et communication extrasensorielle <p>Attentif intérieurement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soi comme instrument • Spontanéité et créativité accrue • Confiance • Authenticité/ congruence • Retour au moment présent <p>Extension et contact</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité • Rencontre • Transparence/ Congruence • Réponse intuitive 	<p>Immersion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absorption • Expérimenter en profondeur avec non-attachement • Centré sur le présent (intimité avec le moment) • Conscient, alerte et focalisé <p>Expansion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intemporalité • Énergie et flux • Espace intérieur • Conscience, sensation et perception accrue • Qualité de l'expérience des pensées et des émotions accrue <p>Enracinement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centré, stable et enraciné • Inclusion • Confiance et aisance <p>Être avec et pour le client</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intention pour la guérison du client • Respect, admiration et amour • Absence de « regard sur soi »

La première catégorie, préparer le terrain pour la présence, présente des pratiques et des processus qui créent les conditions optimales pour l'émergence de la présence en contexte de thérapie. Le thème de *préparation avant une séance de thérapie* décrit

comment le thérapeute, en prenant le temps de s'arrêter avant les séances de thérapie, en se connectant à lui-même, à ses intentions et au moment présent, peut maximiser sa présence lors des séances. Le thème de *préparation dans la vie* souligne l'importance pour le thérapeute de cultiver la présence et une saine relation face à lui-même dans sa vie de tous les jours. C'est par un effort constant pour développer un sens de soi intégré que le thérapeute augmente son potentiel de PT.

La seconde catégorie, celle du processus de PT, réfère à ce que le thérapeute fait durant la rencontre. Elle est associée à la capacité de se laisser guider par le flux des interactions avec le client, par ce qui se passe moment après moment. Ce processus reflète une synergie entre la conscience de ce que le client expérimente (*réceptivité*), l'expérience de résonance que vit le thérapeute (*attentif intérieurement*) et ce qui se produit dans la relation entre les deux (*extension et contact*).

La troisième catégorie est celle de l'expérience de PT. Elle contient quatre thèmes se référant à la manière dont le thérapeute vit et comprend son expérience de la rencontre. L'*immersion* décrit le sentiment d'être absorbé dans le moment présent et en contact avec l'autre. La présence engendre des expériences d'*expansion* du corps, de ses capacités et de sa conscience qui rendent l'expérience plus vive et plus profonde. L'*enracinement* (*grounding*) offre au thérapeute une stabilité en lui donnant le sentiment d'être ancré en lui-même et dans son existence. Enfin, *être avec et pour le client* signifie que le thérapeute entre en contact avec son client avec bienveillance et avec une

intention foncièrement altruiste. Il se met entièrement au service de l'être qui est devant lui.

Mesure de la présence thérapeutique

La conceptualisation de la PT présenté ci-dessus a permis la création d'un instrument de mesure, le *Therapeutic Presence Inventory* (TPI; Geller, 2002; Geller, Greenberg, & Watson, 2010). La catégorie préparation du terrain a été mise de côté lors de la création de la mesure puisqu'elle ne se réfère pas à la présence déployée durant la rencontre. Bien que l'expérience de présence vécue par le thérapeute soit importante, il est nécessaire que le client perçoive le thérapeute comme étant présent pour qu'il y ait guérison. Le TPI contient donc deux mesures autorapportées. Une version pour le thérapeute (TPI-Thérapeute) à 21 items et une version pour le client (TPI-Client) à trois items.

Le développement du TPI s'est fait en cinq étapes en commençant par la création du TPI-Thérapeute (Geller, 2002; Geller et al., 2010). Les trois premières étapes consistaient à sélectionner les items, à raffiner les items et à construire l'échelle de mesure. Pour la quatrième étape, le raffinement de l'échelle, neuf experts ont évalué la clarté de la relation entre chaque item et la PT. Ils ont également rempli l'échelle suite à deux séances de psychothérapie, une pour laquelle ils se sont sentis hautement présents et une pour laquelle ils ne se sont pas sentis présents. La version finale du TPI-

Thérapeute contient 21 items sur une échelle de type Likert en sept points. Dix items mesurent la dimension processus et onze pour la dimension expérience.

La cinquième et dernière étape du développement de TPI consistait à la création de la version client. À partir du TPI-Thérapeute, 15 items ont été préalablement sélectionnés en se basant sur la possibilité de les convertir pour obtenir le point de vue du client. Trois de ces items forment la version finale du TPI-Client.

Les analyses psychométriques effectuées par Geller et ses collègues (2010) présentent une bonne fidélité pour les deux mesures avec un alpha de Cronbach de 0,94 pour le TPI-Thérapeute et de 0,82 pour le TPI-Client. Leur analyse factorielle du TPI-Thérapeute suggère une mesure unidimensionnelle avec une bonne validité de construit. Geller (2013b) propose que le PTI-Thérapeute puisse servir d'outil au clinicien pour analyser sa propre PT et lui indiquer les aspects de sa PT qu'il pourrait améliorer. Ces mesures ont fait l'objet de certaines recherches qui sont présentées ci-dessous.

Littérature sur la présence thérapeutique

Geller et al. (2010) ont mené une recherche portant sur 114 clients souffrant d'un épisode dépressif majeur en dyade avec 25 thérapeutes. Différentes mesures, incluant le TPI-Thérapeute, étaient administrées suite à chaque rencontre alors que le TPI-Client était rempli aux trois rencontres. Les résultats démontrent une stabilité des résultats du TPI-Thérapeute et du TPI-Client dans le temps. Une corrélation significative et faible a

été trouvée entre le TPI-Thérapeute et le TPI-Client, c'est-à-dire entre l'expérience de PT et celle perçue par le client. Les scores au TPI-Client sont positivement corrélés à la perception qu'a le client de l'alliance thérapeutique et des bienfaits qu'il retire de la rencontre, mesuré par le *Client Task Specific Measure-Revised*. Ces relations ne sont pas significatives avec le TPI-Thérapeute. Cela suggère que la perception que le client a de la présence de son thérapeute est un meilleur prédicateur de l'alliance et des améliorations thérapeutiques que la perception du thérapeute de sa propre présence.

Selon Vinca (2009), les scores de PT rapportés par le thérapeute et par le client sont significativement corrélés à l'impact qu'a eu la séance sur le client (p.ex., *je me suis senti écouté, compris et respecté.*), tel que mesuré par le *Session Progress Scale*. Enfin, le score de présence rapporté par le thérapeute est négativement corrélé à son score au *State Anxiety Inventory*, donc plus les thérapeutes se sentent présents en rencontre, moins ils rapportent avoir vécu d'anxiété durant cette rencontre. Oghene, Pos et Geller (2010) ont examiné la relation entre la PT, l'empathie et l'alliance thérapeutique. Les résultats au TPI-C à la 3^e rencontre permettaient de prédire la force de l'alliance thérapeutique à la 15^e rencontre. Également, plus la présence perçue par les clients était grande, plus élevée était leur évaluation de l'empathie de leur thérapeute.

Dunn, Callahan, Swift et Ivanovic (2013) se sont intéressés à l'impact de la pratique d'un exercice de centration basé sur la PC chez les thérapeutes avant leurs rencontres. Ils ont trouvé que les thérapeutes qui prenaient 5 minutes avant une séance de

psychothérapie pour effectuer un exercice de PC avaient un score plus élevé au TPI-thérapeute, c'est-à-dire qu'ils se sentaient plus présents durant la rencontre. De plus, leurs clients évaluaient plus favorablement la rencontre que dans la condition contrôle (sans exercice de centration). Il est à noter que les clients ne percevaient pas de différence sur la présence du thérapeute, qu'il s'engage ou non dans l'exercice de centration. Toujours en lien avec la pratique de la pleine conscience, Moore (2008) a étudié l'impact d'une intervention basée sur la PC brève chez les doctorants en psychologie. Suite au programme, les participants ont rapporté être plus conscients des problèmes et des émotions de leurs clients, une dimension importante de la PT.

Dans un article théorique, Geller et Porges (2014) présentent les fondements neurophysiologiques pouvant expliquer l'amélioration de la relation thérapeutique grâce au sentiment de sécurité que procure la PT aux clients. Cette proposition se base sur la théorie polyvagale selon laquelle l'humain possède deux circuits de défense hiérarchisés au sein de son système nerveux autonome (Porges, 2011). Le premier circuit est déclenché face à une menace perçue et il est associé au système nerveux sympathique. Il est responsable de la réponse de 'combat ou fuite'. Le second circuit, qui se retrouve seulement chez les mammifères, est associé à un sentiment de sécurité qui favorise les comportements sociaux. Comme ces systèmes sont hiérarchisés, l'activation du premier système de défense prévaudra sur l'activation du second. Ce n'est donc que lorsque qu'il y a absence du sentiment de danger que le circuit sécurisant peut s'activer. En étant présent *avec et pour le client* et en personnifiant les qualités de PT, le thérapeute

prévient l'activation des défenses du client, sur les plans neurologique et comportemental et favorise l'apparition d'un sentiment de sécurité chez le client. Ce sentiment de sécurité favorise la guérison du client par une exploration de soi accrue, par l'expérience de contacts sociaux positifs et par le développement de la conscience de soi. Cela est cohérent avec la proposition de Geller (2013b) selon laquelle la PT sert de base à la création d'une relation profonde (*relational depth*) qui est bienfaisante pour le client.

Enfin, certaines études se sont intéressées aux facteurs qui nuisent à la présence thérapeutique. Dans le volet qualitatif de la recherche de Vinca (2009), les participants rapportent que l'anxiété, le découragement de soi, la réactivité, la mauvaise gestion de la rencontre, les jugements envers les clients et le doute de soi interfèrent avec leur capacité d'être présent en rencontre. En se basant sur la littérature, Colosimo et Pos (2015) présentent cinq facteurs qui nuisent à la présence du thérapeute soit l'hypermentalisation, la peur, la fatigue, la réactivité (interpersonnelle et intrapersonnelle) et la distraction.

Somme toute, la présence déployée par les thérapeutes lors des séances de psychothérapie réfère au construit de PT. Selon Stratton (2006), il est important de faire la distinction entre l'état de présence déployé par les thérapeutes lors des rencontres avec leurs clients et leur niveau de PC au quotidien. La prochaine section présente le concept

de pleine conscience en psychologie, ses implications pour les thérapeutes et sa relation avec la PT.

La pleine conscience

Le terme pleine conscience (*mindfulness*) provient de la traduction du mot *sati* en langue Pali, une langue millénaire d'origine indienne (Germer, 2005a). Il s'agit d'un concept central des enseignements de la tradition bouddhiste depuis plus de 2500 ans. Cette section présentera l'histoire de l'intégration de ce concept en psychologie, les recherches cliniques sur le sujet et enfin, la littérature portant sur la PC chez les thérapeutes.

Historique de la pleine conscience en psychologie

La méditation et les traditions orientales ont fasciné bon nombre de thérapeutes, et ce, depuis les débuts de la psychologie (Epstein, 1995). C'est au docteur en biologie Jon Kabat-Zinn que l'on associe l'intégration de la notion de PC en psychologie. Il en établit les fondements en adaptant des notions tirées de la méditation bouddhiste *Vipassana*, de la pratique zen et du Yoga au traitement des douleurs chroniques (Kabat-Zinn, 1984). Il crée le programme de Réduction du stress basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Stress Reduction*; MBSR) pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de douleurs chroniques. Ce programme, d'une durée de huit semaines, inclut une rencontre de groupe hebdomadaire d'une durée de 2h30 ainsi que des exercices de méditation quotidienne de 45 minutes.

Depuis, les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) ont vu naître une panoplie de différents programmes adaptés du MBSR (Cullen, 2011). Le plus connu est le programme de Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*; MBCT) développé par Segal, Williams et Teasdale (2002). Grandement inspiré du MBSR, le MBCT a pour visée première la prévention de la rechute des personnes ayant vécu des épisodes dépressifs majeurs récurrents. Au programme de huit rencontres hebdomadaires avec une méditation quotidienne, s'ajoute un volet cognitif et psychoéducatif sur la dépression (Bergmans, 2010). Depuis les années 90, des principes et des techniques tirées des IBPC ont été intégrés à plusieurs modèles thérapeutiques, notamment la thérapie dialectique comportementale (Linehan, 1993) et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Les définitions de la pleine conscience

Depuis son entrée dans le domaine de la psychologie, la PC a fait l'objet de plusieurs réflexions visant à définir ce concept. Dans un désir de clarifier les confusions existantes sur le terme PC, Shapiro et Carlson (2009) font la distinction entre la PC comme état de conscience (*mindful awareness*) et la PC comme pratique (*mindful practice*). D'une part, Kabat-Zinn (2003) la définit comme un *état* de conscience qui émerge du fait de porter son attention sur l'expérience qui se déploie moment après moment, de manière intentionnelle et sans porter de jugement. Martin (1997) parle d'un état de liberté psychologique qui se produit lorsque l'attention demeure calme et

flexible, sans attachement à un point de vue particulier. Cet état est associé à un ensemble d'habiletés (p. ex. accepter sans jugement; Baer, Smith, & Allen, 2004) qui peuvent se développer, entre autres, par la pratique de différentes formes de méditation (Brown, Ryan, & Creswell, 2007).

D'autre part, le terme PC est utilisé pour désigner un ensemble de techniques qui promeuvent l'état de PC. Ces techniques incluent des pratiques formelles et informelles (Germer, Siegel, & Fulton, 2013). Les pratiques formelles demandent une introspection soutenue afin d'observer le contenu de son activité mentale et d'acquérir une meilleure compréhension de son fonctionnement. Elles incluent différentes formes de méditation. La méditation de concentration (*Focused attention; samatha*) implique la centration volontaire de l'attention sur un objet (respiration, un mantra, etc.) alors que la méditation en PC (*Open-monitoring; Vipassana*) implique la surveillance non réactive du contenu de l'expérience moment après moment. De leur côté, les pratiques informelles sont des manières d'apporter de la PC aux activités du quotidien. Cela se fait en revenant au moment présent avec curiosité et acceptation. Se centrer sur sa respiration ou manger en PC en sont des exemples. Germer (2005b) présente un répertoire d'exercices permettant de cultiver la PC. On y retrouve entre autres des exercices de respiration et d'observation des émotions, des formes de méditation en mouvement tel que le yoga ainsi que des exercices de visualisation. Ces exercices entraînent le pratiquant à devenir un meilleur observateur de son expérience et à accueillir cette expérience avec ouverture et compassion (Gehart & McCollum, 2008).

Opérationnalisation de la pleine conscience. L'intérêt toujours croissant pour les IBPC a donné naissance à une multitude de manières de concevoir et d'opérationnaliser le construit de la PC (Sauer et al., 2013). Ces opérationnalisations visent à déterminer de manière quantitative le niveau de PC de l'individu, c'est-à-dire dans quelle mesure l'état de PC est présent chez cette personne à un moment donné. L'opérationnalisation de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer et Toney (2006) a donné naissance au *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2008). Elle découle de l'analyse et de la synthèse de différents questionnaires autorapportés visant à mesurer le niveau de PC. Elle suggère que la PC comporte cinq facettes distinctes. Ces facettes sont l'observation de l'expérience présente, la description de l'expérience présente, la non-réactivité aux phénomènes psychologiques, l'action en pleine conscience et le non-jugement. Le FFMQ est l'un des plus utilisés dans les recherches s'intéressant à la PC (Sauer et al., 2013). Il permet une analyse dimensionnelle plus détaillée que la plupart des autres questionnaires disponibles. L'utilisation du FFMQ est recommandée dans les contextes de recherche (Sauer et al., 2013).

Les applications cliniques de la pleine conscience

Le champ d'application des IBPC s'est grandement élargi depuis la création du programme MBSR par Kabat-Zinn dans les années 80. À ce jour, leur application s'est pratiquement étendue à tous les types de populations dont les professionnels, les étudiants et les populations cliniques souffrant d'un épisode de dépression majeure, de

dépression récurrente, de divers troubles anxieux, de troubles de personnalité, de douleurs chroniques, de troubles alimentaires et de toxicomanie, etc. (Chiesa & Serretti, 2009; Davis & Hayes, 2011; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Keng, Smoski, & Robins, 2011; Khoury, Sharma, Rush, & Fournier, 2015; Strauss, Oliver, & Pettman, 2014; Virgili, 2013). Des résultats prometteurs ont aussi été obtenus auprès des jeunes (moins de 18 ans; Zack, Saekow, Kelly, & Radke, 2014; Zoogman, Goldberg, Hoyt, & Miller, 2014) et des personnes âgées (Young & Baime, 2010). Keng et al. (2011) présentent une liste exhaustive des bienfaits de différentes IBPC sur les populations cliniques. Les IBPC sont généralement associés à une réduction de l'anxiété, de la dépression, des ruminations, de la détresse psychologique, de l'évitement associé à un stress post-traumatique, des symptômes médicaux, des rechutes dépressives et des symptômes dépressifs résiduels. À cela s'ajoute une augmentation des affects positifs, du niveau de PC et de la satisfaction de vie.

La pleine conscience chez les thérapeutes

Les thérapeutes intéressés à apprendre et à incorporer les techniques de PC à leur pratique sont de plus en plus nombreux (Allen, Blashki, & Gullone, 2006). Il a été démontré que le niveau de PC des thérapeutes n'est pas relié aux caractéristiques personnelles telles que l'âge, le sexe et les années d'expérience du thérapeute (Stratton, 2006). Cette section présentera séparément l'impact de la PC sur la vie personnelle et sur

la vie professionnelle des thérapeutes (Christopher & Maris, 2010; Escuriex & Labbé, 2011; Moore, 2008).

Les impacts sur la vie personnelle. Avec les exigences particulières de la relation d'aide (p.ex. l'exposition récurrente à la souffrance d'autrui), les thérapeutes sont plus susceptibles de vivre de la détresse psychologique que la population normale (Moore & Cooper, 1996). Il s'avère par conséquent essentiel de promouvoir les pratiques d'autosoin chez cette population (Christopher & Maris, 2010; Sharifi, 2013). La PC est une des méthodes thérapeutiques ayant démontré des bénéfices sur la vie personnelle des thérapeutes. En 2007, Shapiro, Brown et Biegel ont testé l'impact du programme MBSR sur la qualité de vie des étudiants à la maîtrise en *counseling*. Les deux conditions contrôle étaient les suivantes : un cours didactique sur les différents courants en psychologie ou un cours sur les méthodes de recherche. Ils ont trouvé une différence significative entre les groupes contrôles et le groupe expérimental sur la diminution du stress perçu, des affects négatifs, de la rumination et de l'anxiété trait-état. À cela s'ajoute une augmentation des affects positifs, de la compassion pour soi et du niveau de PC autorapporté. Dans une recherche qualitative, les étudiants en *counseling* ayant participé à une IBPC ont rapporté avoir développé un sentiment de gratitude et un plus grand sentiment de connexion avec eux-mêmes, les autres et le monde qui les entoure (Rothaupt & Morgan, 2007).

Les impacts sur la vie professionnelle. La vie professionnelle du thérapeute est un second volet grandement influencé par le niveau de PC du thérapeute ou par les IBPC. D'abord, la PC a une influence sur la perception qu'ont les thérapeutes de leur travail. Dans May et O'Donovan (2007), un niveau de PC plus élevé est associé à une plus grande satisfaction à l'emploi et moins d'épuisement professionnel. Des travailleurs de la santé ont également présenté une diminution du score d'épuisement professionnel autorapporté suite à un IBPC (Barbosa et al., 2013; Regehr, Glancy, Pitts, & LeBlanc, 2014). Chez les thérapeutes en formation, le sentiment d'autoefficacité est significativement corrélé au niveau de PC (Greason & Cashwell, 2009).

Dans leur revue des écrits, Davis et Hayes (2011) présentent les bénéfices interpersonnels de la participation à un IBPC pour les thérapeutes. Ils incluent une meilleure adaptation relationnelle, l'habileté à reconnaître et identifier l'émotion d'autrui en plus d'une capacité accrue à les lui communiquer. De plus, un niveau de PC est associé à une moins grande réactivité aux conflits relationnelle et une diminution de ces conflits.

Une étude menée auprès de 26 dyades thérapeute-patient a démontré que la PC autorapportée par le thérapeute est corrélée positivement à sa perception de l'alliance thérapeutique (Ryan, Safran, Doran, & Moran, 2012). Par contre, la perception du patient de l'alliance thérapeutique n'était corrélée qu'à la sous-échelle Agir avec conscience (*Act with Awareness*) mesurée par le *Kentucky Inventory of Mindfulness*

Skills (KIMS). D'autres études ont trouvé que la PC du thérapeute était significativement corrélée avec l'alliance thérapeutique perçue par le thérapeute, mais peu ou pas du tout corrélée avec l'alliance perçue par le client (Bruce, 2008; Kaplan, 2013; Padilla, 2011; Schomaker, 2014). De son côté, Wexler (2006) a trouvé une corrélation positive à la fois pour le thérapeute et pour le client. Enfin, les thérapeutes présentant un score de PC plus élevé sont plus susceptibles d'adresser les ruptures d'alliance thérapeutique dans les rencontres avec leurs clients (Kaplan, 2013).

Une étude menée auprès de 78 thérapeutes en formation a démontré que la gestion du contre-transfert rapporté par le superviseur est corrélée à l'expérience de méditation et à la dimension *non-réactivité* du FFMQ de l'étudiant (Fatter & Hayes, 2013). Les étudiants ayant participé à un IBPC rapportent être plus conscients de leur contre-transfert et ainsi, moins réactifs émotionnellement face à leurs clients (Christopher & Maris, 2010). Les étudiants gradués en *counseling* rapportant un plus au niveau de PC présentent une meilleure attention durant les séances de thérapie (Greason & Cashwell, 2009). Dans cette recherche, l'attention était mesurée par le *Counselor Attention Scale*, un questionnaire conçu spécifiquement pour mesurer l'attention durant la séance de thérapie (Greason, 2006).

Dans une étude pionnière sur les effets de la méditation sur l'empathie, des étudiants en *counseling* ont pratiqué la méditation Zen pour 30 minutes par jour durant quatre semaines. Ces étudiants ont amélioré leurs habiletés empathiques à la suite de

cette intervention (Lesh, 1970). Plus récemment, des thérapeutes en formation ayant participé à un programme de formation de 6 semaines sur la PC ont présenté une amélioration significative de leur empathie en comparaison au groupe contrôle (Schomaker, 2014). Dans le volet qualitatif de cette dernière étude, une plus grande empathie est associée à une amélioration des interactions avec les autres. D'autres études ont fait ressortir l'impact positif des IBPC sur l'empathie (Aiken, 2006; Rimes & Wingrove, 2011; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998; Wang, 2007) et son lien avec la PC autorapportée (Greason & Cashwell, 2009; Keane, 2013). Pour Barbosa et ses collègues (2013), l'amélioration de l'empathie suite au MBSR n'a pas été maintenue lors du suivi 3 semaines après la fin du programme, soulevant ainsi la question de la persistance de cet effet. De leur côté, certaines études n'ont trouvé aucune amélioration ou une amélioration seulement partielle de l'empathie suite à une IBPC (Hopkins & Proeve, 2013; Spragg, 2012). Boellinghaus, Jones et Hutton (2012) soulignent que ces résultats mitigés peuvent s'expliquer par la trop faible sensibilité des questionnaires utilisés pour mesurer l'empathie des thérapeutes alors qu'un effet plafond semble se produire dans cette population. Dans une revue de la littérature, Bibeau, Dionne et Leblanc (2016) signalent que l'effet des IBPC sur l'empathie est influencé par le type de pratique effectué. Ainsi, la méditation d'amour bienveillant (*loving-kindness*) et la méditation de compassion sont plus susceptibles d'influencer l'empathie que la méditation de concentration ou la médiation en PC.

Les recherches qualitatives viennent ajouter de la richesse aux connaissances sur les bienfaits de la PC sur le travail des thérapeutes. Parmi ces bienfaits, les thérapeutes en formation ayant participé à un programme d'IBPC rapportent se sentir plus à l'aise avec les silences, moins préoccupés par eux-mêmes tout en étant plus en mesure de reconnaître leur expérience interne lors des rencontres (Christopher & Maris, 2010). Ces bienfaits persistent quatre ans et demi après l'intervention. Selon Keane (2013), les IBPC permettent d'être plus attentif en rencontre, d'avoir une perspective plus large du processus thérapeutique et d'être plus en mesure d'utiliser des techniques de PC avec les clients. Également, la pratique de la PC chez les thérapeutes en formation est associée à une patience accrue (Rothaupt & Morgan, 2007) et une amélioration des compétences en intervention (McCollum & Gehart, 2010).

Finalement, le lien entre la PC chez le thérapeute et l'efficacité de la thérapie a fait l'objet de plusieurs études. Au sein d'une étude aléatoire avec groupe contrôle, des psychothérapeutes en formation ($N = 18$) sont divisés en deux groupes : l'un pratiquant la méditation Zen avant les séances de psychothérapie et l'autre ne la pratiquant pas (Grepmaier et al., 2007). Le groupe de psychothérapeutes pratiquant la méditation obtient une plus grande diminution de symptômes chez leurs patients. Malgré l'absence de différences au niveau de la diminution de la symptomatologie, Ryan et ses collègues (2012) ont trouvé un lien positif entre le niveau de PC du thérapeute et l'amélioration du fonctionnement interpersonnel des patients. Pour certaines études corrélationnelles par contre, le niveau PC du thérapeute est associé soit à une corrélation négative avec l'issue

de la thérapie (Stanley et al., 2006), soit à une absence de relation (Kaplan, 2013; Padilla, 2011; Stratton, 2006). Selon Davis et Hayes (2011), la divergence dans ces résultats peut être en partie expliquée par le fait que, dans l'étude de Grepmaier et al. (2007), le devis de l'étude implique une intervention et non une mesure autorapportée de la PC. L'engagement du thérapeute dans une pratique de PC serait donc un meilleur indicateur de l'efficacité de la thérapie que le niveau de PC autorapporté. Les résultats contradictoires dans la littérature ne permettent pas pour l'instant de confirmer l'hypothèse selon laquelle la PC d'un thérapeute engendre de meilleurs résultats thérapeutiques pour les patients (Escuriex & Labbé, 2011).

Par leur nature holistique, les bénéfices de la PC sur la vie personnelle des thérapeutes ont un impact sur leur vie professionnelle et vice-versa. Par exemple, en apprenant à accueillir leurs émotions négatives avec ouverture et avec calme lors de la méditation, les thérapeutes sont en mesure d'accueillir les émotions négatives de leurs clients avec cette même ouverture et ce calme (Christopher & Maris, 2010). En participant à un IBPC, les thérapeutes peuvent augmenter leur niveau de PC (Collard, Avny, & Boniwell, 2008; Rimes & Wingrove, 2011; Schomaker, 2014) et possiblement personnifier les qualités associées à la PC (Keane, 2013). Bien (2006) propose qu'au-delà des techniques, l'utilisation principale de la PC en thérapie réside dans la capacité du thérapeute à offrir une présence sincère et une écoute profonde. De ce fait, peu importe l'approche, les thérapeutes peuvent bénéficier de l'impact positif de la PC sur leurs interventions (Hicks & Bien, 2008; Martin, 1997, 2002).

Les liens entre la présence thérapeutique et la pleine conscience

Vinca (2009) a trouvé que le niveau de pleine conscience (PC) du thérapeute mesuré à l'aide du *Toronto Mindfulness Scale* est fortement corrélé à la PT perçue par le thérapeute. Ainsi, il y a une forte association entre l'évaluation que fait le thérapeute de son niveau de PC et la perception qu'il a de son niveau de présence en thérapie. Différentes pratiques de PC, autant formelles qu'informelles, permettent de cultiver la PT (Geller & Greenberg, 2012). On compte entre autres la méditation en PC, la respiration profonde, le fait de s'arrêter pour prendre contact avec le moment présent ainsi que différents exercices de centration et/ou d'enracinement (Gehart & McCollum, 2008; Geller, 2003, 2013a). McCollum et Gehart (2010) présentent l'impact d'un cours pratique basée sur la PC auprès d'étudiants à la maîtrise en thérapie conjugale et familiale. Les participants rapportent avoir développé des qualités associées à la PT grâce à leur pratique de PC telle qu'une plus grande conscience de leur expérience interne ainsi que de l'expérience de leur client. Dans la recherche qualitative ayant mené au modèle de PT, les participants rapportent qu'en se pratiquant à être plus alerte et conscient dans leur quotidien, il était plus facile de vivre cette qualité de présence dans leur rencontre avec les clients (Geller, 2002). Certains sentent un lien direct entre leur pratique de méditation et leur capacité à être présent en thérapie.

Vinca (2009) souligne néanmoins l'importance d'établir la distinction entre la PC et la PT. Sur le plan théorique, Geller et Greenberg (2012) soulèvent deux différences

importantes. Premièrement, la PC qualifie une expérience personnelle qui peut être vécue dans différents contextes alors que la PT se distingue par sa nature relationnelle et son application spécifique au contexte de la séance de thérapie. Deuxièmement, la PC se présente comme une approche qui peut être utilisée avec le client. En intégrant des techniques comme la méditation, les IBPC visent à rendre le client plus conscient de son expérience intérieure. De son côté, la PT met l'accent sur les qualités du thérapeute sans chercher à promouvoir la présence chez le client. Schneider (2015) précise que ce n'est pas seulement l'application des techniques qui permet à la présence d'être réellement thérapeutique, mais la capacité du thérapeute à personnifier les qualités qui y sont associées.

Le modèle de l'impact de la pleine conscience sur la présence thérapeutique

Geller et Greenberg (2012) proposent un modèle théorique afin d'expliquer comment la PC peut mener au développement de la PT. Ils proposent quatre mécanismes par lesquels une personne peut développer la PT. Premièrement, l'augmentation de l'attention soutenue et focalisée qu'apporte la PC se transposerait dans les rencontres de psychothérapie en permettant au thérapeute une meilleure capacité attentionnelle et moins de distractibilité. Un second mécanisme réfère au développement d'une plus grande flexibilité et d'une ouverture d'esprit accrue. Être ouvert à ce qui advient durant la rencontre est une facette importante de la PT et un haut niveau de PC est associé à une plus grande ouverture à l'expérience (Brown & Ryan, 2003).

Troisièmement, la PC permet de développer la compassion pour soi et l'empathie qui influencent le PT. La compassion se définit par une conscience de la souffrance de l'autre et le désir de le libérer de cette souffrance (Vivino, Thompson, Hill, & Ladany, 2009). Dans la perspective bouddhiste, la compassion pour l'autre commence par la compassion pour soi. Comme l'exprime le Dalaï-Lama (2001): « La compassion et l'acceptation [de soi] développées par la pratique de la pleine conscience sont vues comme ultimement aussi valables que la compassion et de l'acceptation envers les autres ». Ainsi, l'augmentation de la compassion pour soi que permet la PC serait intimement liée au développement de la compassion et l'empathie envers l'autre, deux éléments clés de la PT. Quatrièmement, le modèle propose que la PC des thérapeutes favorise leur PT en diminuant leur niveau de stress, d'anxiété et de dépression et en modifiant leur manière d'y réagir. La détresse psychologique vécue par les thérapeutes a un impact négatif sur la qualité des services qu'ils offrent (Guy, Poelstra, & Stark, 1989) ainsi que sur leur capacité à rester psychologiquement présent lors de leurs séances (Cain, 2000). Ainsi, en diminuant la détresse psychologique, la PC permet d'améliorer la PT chez les thérapeutes.

Cet essai s'intéresse particulièrement aux deux dernières propositions de Geller et Greenberg (2012). Voyons donc plus en détail les concepts de compassion pour soi et de détresse psychologique ainsi que leur lien avec la profession de thérapeute.

La compassion pour soi chez les thérapeutes

Présente depuis des millénaires dans la tradition bouddhiste, ce sont les travaux de Kristin Neff (2003) qui ont introduit la compassion pour soi (*self-compassion*) dans le domaine de la psychologie. Elle se définit comme la capacité d'être indulgent et compréhensif envers soi-même lorsque confrontée à des insuffisances personnelles ou des situations difficiles. Son opérationnalisation a permis d'identifier trois composantes essentielles (Neff, 2003). D'abord, la *bienveillance envers soi-même* est la capacité d'être indulgent et de faire preuve de bonté envers soi-même face à nos limites et nos échecs plutôt que de se juger sévèrement. Ensuite, la *reconnaissance de son humanité* mène à percevoir son expérience comme faisant partie de la trame plus large de l'expérience humaine. Il en découle un sentiment de connexion avec les autres plutôt que de l'isolement. Enfin, la *pleine conscience* invite la personne à s'arrêter pour examiner ce qu'elle ressent et à accepter son expérience telle qu'elle se présente. La suridentification à l'expérience émotionnelle est une grande cause de souffrance que la PC permet d'amoindrir en créant une distance entre ce que l'on ressent, ou ce que l'on pense, et qui nous sommes.

La compassion pour soi fait l'objet d'un nombre croissant de recherches. Celles-ci ont trouvé entre autres une corrélation positive avec la résilience (Neff & McGehee, 2010), l'empathie (Neff & Pommier, 2013), le bien-être psychologique (Baer, Lykins, & Peters, 2012; Zessin, Dickhäuser, & Garbade, 2015) ainsi qu'une corrélation négative

avec la sévérité des symptômes chez les patients anxieux et les dépressifs (MacBeth & Gumley, 2012; Van Dam, Sheppard, Forsyth, & Earleywine, 2011).

Certaines recherches portant sur la compassion pour soi chez les thérapeutes ont été mises en lien avec la PC. Par exemple, dans un essai aléatoire chez les professionnels de la santé, la participation à un programme MBSR a engendré une augmentation significativement plus grande de la CS que la condition contrôle (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). Ces résultats ont aussi été trouvés chez les thérapeutes en formation (Rimes & Wingrove, 2011; Shapiro et al., 2007). Dans une étude portant sur des doctorants en psychologie ayant participé à une IBPC brève, Moore (2008) n'a trouvé une différence significative qu'à la dimension *bienveillance* de la CS. Une revue de littérature portant sur les recherches qualitatives s'intéressant aux IBPC chez les thérapeutes souligne que les participants rapportent être plus compatissants et moins critiques envers eux-mêmes (Christopher & Maris, 2010). Somme toute, l'hypothèse de l'amélioration de la compassion pour soi grâce à la pratique de la PC est bien supportée (Boellinghaus et al., 2012).

Chez les thérapeutes, des concepts semblables à la compassion pour soi ont été étudiés avant l'arrivée du construit de Neff. Par exemple, selon les principes de base de la théorie de l'introjection, les thérapeutes tendent à traiter leur patient comme ils se traitent eux-mêmes (Henry, Schacht, & Strupp, 1990). Dans leur recherche, Henry et ses collègues (1990) ont trouvé que les patients des thérapeutes qui démontrent une plus

grande hostilité envers eux-mêmes (c.-à-d. moins de compassion pour soi) présentent une moins grande diminution de leurs symptômes. Plus récemment, une recherche qualitative a été menée auprès de thérapeutes ayant vécu un épisode de détresse (Charlemagne-Odle, Harmon, & Maltby, 2014). Les thèmes qui ressortent incluent les critiques sévères envers soi et la croyance qu'il est inacceptable pour un thérapeute d'avoir besoin de support pour ses difficultés personnelles et la nécessité d'être à l'écoute de ses états émotionnels. Bref, ces études démontrent l'importance pour les thérapeutes de développer la compassion pour soi.

La détresse psychologique chez les thérapeutes

Selon Mirowsky et Ross (2003), la détresse psychologique (DP) est un état subjectif désagréable associé à différents états émotionnels perturbés ainsi qu'à une variété de symptômes pénibles. Sur un continuum de l'état émotionnel, elle peut être vue comme l'opposé du bien-être (Mirowsky & Ross, 2003). La DP est un état perturbé ayant des causes diverses telles que la maladie physique, un environnement social inadéquat ou un trouble de santé mentale. Les dimensions principales qui la composent sont l'anxiété et la dépression. La dépression est associée à un sentiment de tristesse, de démoralisation, d'isolement et de perte d'espoir. L'anxiété se manifeste plutôt par la peur, l'agitation, la tension et les inquiétudes. À ces deux dimensions principales, certains auteurs ajoutent l'irritation et les problèmes cognitifs tels que les difficultés de concentration et de mémoire (Boyer, Prévile, Légaré, & Valois, 1993; Ilfeld, 1976; Martin, Sabourin, & Gendreau, 1989).

Les professionnels en santé mentale sont plus à risque de vivre de la détresse psychologique que la population normale (Moore & Cooper, 1996). Cela peut s'expliquer entre autres par l'exposition à des événements tels que le suicide d'un patient (Wurst et al., 2013) ou par l'exposition aux traumatismes des patients qui peut générer des traumatismes vicariants (McCormack & Adams, 2015). Gilroy, Lynne et Murra (2002) ont trouvé que les symptômes dépressifs induisent chez les thérapeutes un sentiment d'isolement et une moins grande capacité de concentration lorsqu'ils sont avec leur client. Réciproquement, les clients qui perçoivent leur thérapeute comme étant anxieux tendent à se sentir moins proches de lui (Cooper, 2012). Shapiro, Shapiro et Schwartz (2000) ont trouvé que le stress réduisait la capacité d'attention, de concentration et de prise de décision des professionnels de la santé. Cela diminue du même coup leur efficacité. Les thérapeutes ayant vécu un épisode de détresse psychologique rapportent que durant cet épisode, ils vivaient plus d'émotions négatives, ils avaient de la difficulté à assumer qu'ils ont besoin d'aide, ils étaient plus émotifs et plus passifs envers leurs clients, voire même indifférents (Charlemagne-Odle et al., 2014). Toutes ces recherches font ressortir l'importance du support pour les thérapeutes et l'accès à des programmes d'autosoins.

Parmi les moyens de minimiser ou de prévenir la détresse psychologique chez les thérapeutes, les IBPC ont fait l'objet de quelques recherches (Regehr et al., 2014). Les professionnels de la santé ayant participé à une IBPC ont connu une diminution

significative de leur niveau de stress mesuré avec le *Perceived Stress Scale* (Shapiro et al., 2005; Warnecke, Quinn, Ogden, Towle, & Nelson, 2011). Dans une étude utilisant un devis de recherche mixte, des thérapeutes en formation n'ont pas présenté de différence avant et après traitement à la mesure de stress perçu suite à la participation au programme MBCT (Hopkins & Proeve, 2013). Par contre, dans le volet qualitatif de cette étude, ils ont rapporté que leur réponse au stress avait changé alors qu'ils arrivaient à mieux le gérer. Ces résultats corroborent ceux de l'étude mixte de Moore (2008) qui n'a pas trouvé de différence significative sur la mesure du stress perçu, mais dont les participants rapportaient être plus en mesure de le gérer grâce aux techniques de PC. Finalement, la diminution du stress serait influencée par le temps consacré à la pratique lors de la participation à un programme d'IBPC (Rimes & Wingrove, 2011). Ainsi, plus les participants méditaient, plus la réduction du stress était importante.

En conclusion, la revue de littérature ci-dessus présente les différentes manières dont la présence thérapeutique, la pleine conscience, la compassion pour soi et la détresse psychologique ont été mises en lien dans la recherche jusqu'à maintenant. Geller et Greenberg (2012) suggèrent que la PC des thérapeutes influence leur PT par l'entremise d'une augmentation de la compassion pour soi et d'une diminution de la détresse psychologique. Toutefois, l'analyse de la littérature ne présente pas de support empirique clair pour cette proposition. En effet, jusqu'à maintenant, aucune recherche n'a étudié ces quatre variables au sein d'une même étude et aucune recherche empirique n'a étudié le lien entre la PC et la PT à l'aide d'un modèle de médiation. L'étude

présentée à la section suivante propose de vérifier empiriquement la suggestion de Geller et Greenberg (2012) en vérifiant les liens directs et indirects entre la PC, la PT, la compassion pour soi et la détresse psychologique.

Article scientifique

Présence thérapeutique et pleine conscience chez les psychologues : rôle médiateur de la compassion pour soi et de la détresse psychologique

**Therapeutic Presence and Mindfulness: Mediating Role of Self-compassion and
Psychological Distress amongst Psychologists**

**Présence thérapeutique et pleine conscience et chez les psychologues : rôle médiateur de la
compassion pour soi et de la détresse psychologique**

Bourgault, Maxime & Dionne, Frédérick

Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières,
Trois-Rivières, Québec, Canada

courriel : max.b.psy@gmail.com

Résumé

La présence thérapeutique se définit comme la capacité d'être entièrement présent durant la rencontre avec ses clients, à la fois aux niveaux physique, émotionnel, cognitif et spirituel. Il a été suggéré que la pleine conscience des thérapeutes influence leur niveau de présence thérapeutique de différentes manières, notamment par le développement de la compassion pour soi et la diminution des symptômes d'anxiété et de dépression. L'objectif de la présente étude est d'examiner le rôle médiateur de la compassion pour soi et de la détresse psychologique dans la relation entre la pleine conscience et la présence thérapeutique. Les résultats obtenus auprès d'un échantillon de 178 psychologues québécois confirment les modèles de médiation proposés. Ils démontrent des liens directs et indirects significatifs entre la pleine conscience, la compassion pour soi et la détresse psychologique, ainsi que la présence thérapeutique. Ces résultats appuient le lien entre la pleine conscience et la présence thérapeutique chez les psychologues et fournissent une meilleure compréhension de la manière dont la première influence la seconde. Des pistes de recherches futures sont discutées.

Mots-clés : Pleine conscience, Psychologue, Présence thérapeutique, Médiation, Compassion pour soi, Détresse psychologique.

Abstract

Therapeutic presence refers to the capacity to bring one's whole self in the encounter with clients by being present on multiple levels: physically, emotionally, cognitively and spiritually. It has been suggested that mindfulness influences therapeutic presence in various ways, including through the fostering of self-compassion and the reduction of anxiety and depression symptoms in therapists. The main objective of this research is to examine the mediating role of self-compassion and psychological distress in the relation between mindfulness and therapeutic presence. Questionnaires were administered online to a sample of 178 French Canadian psychologists. Results confirm the mediation models through significant direct and indirect effects between mindfulness, self-compassion and psychological distress and therapeutic presence. These results support the link between mindfulness and therapeutic presence in therapists and offer a better understanding of the ways in which the first influences the second. Avenues for future research are discussed.

Key words: Mindfulness, Therapist, Therapeutic presence, Mediation, Self-compassion, Psychological distress.¹

¹ La version anglophone de cet article se retrouve en Appendice E de ce présent document.

Kabat-Zinn (2003) définit la pleine conscience (PC) comme un état de conscience qui émerge du fait de porter son attention sur l'expérience qui se déploie moment après moment, de manière intentionnelle et sans porter de jugement. Les thérapeutes intéressés à apprendre et à incorporer les techniques de PC à leur pratique sont de plus en plus nombreux (Black, 2014). L'influence de la PC chez les thérapeutes se voit à la fois dans leur vie personnelle et leur vie professionnelle. Sur le plan personnel, la PC est associée à une meilleure qualité de vie, à moins de fatigue, d'anxiété et de dépression (Davis & Hayes, 2011; Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Sur le plan professionnel, un sentiment d'autoefficacité accrue, une plus grande empathie et une meilleure attention durant les rencontres figurent parmi les effets positifs (Greason & Cashwell, 2009; Schomaker, 2014). Pour l'instant, les résultats de recherches portant sur l'influence de la PC du thérapeute sur la diminution de la symptomatologie des patients sont mitigés et ne permettent pas de confirmer l'existence d'une telle influence (Escuriex & Labbé, 2011). Dans les dernières années, certaines recherches portant sur la PC des thérapeutes se sont intéressées à une nouvelle variable d'intérêt, la présence thérapeutique (Geller & Greenberg, 2012).

La présence thérapeutique (PT) se définit comme « l'état d'être entièrement impliqué dans la rencontre avec le client en étant complètement présent à des niveaux multiples – physique, émotionnel, cognitif et spirituel » (Geller & Greenberg, 2002). Elle implique que le thérapeute soit présent à la fois à son client, à lui-même ainsi qu'à l'expérience relationnelle qui a lieu dans la rencontre. L'importance pour le thérapeute de se montrer présent et attentif à son client afin de favoriser le travail thérapeutique a été maintes fois soulignée par le passé (Buber, 1958; Bugental, 1987; Rogers, 1957). Toutefois, les descriptions vagues et le manque de consensus entre les définitions de la présence en psychothérapie ont mené Geller (2002) à créer son modèle de la PT. Un nombre grandissant de recherches s'intéressent à ce modèle de la PT (Geller & Porges, 2014).

Jusqu'à maintenant, la PT perçue par le client a été positivement associée à la perception qu'a le client de l'empathie du thérapeute (Oghene, Pos, & Geller, 2010; Vinca, 2009; Vinca & Hayes, 2007), de l'alliance thérapeutique (Geller, Greenberg, & Watson, 2010; Oghene et al., 2010) ainsi que de l'efficacité thérapeutique (Geller et al., 2010; Vinca, 2009; Vinca & Hayes, 2007). La PT perçue par le thérapeute, quant à elle, est positivement corrélée à son empathie et à son niveau de pleine conscience autorapporté (Vinca, 2009). Dans l'étude de Vinca et Hayes (2007), les scores aux TPI-thérapeute se sont avérés être une valeur prédictive de l'efficacité thérapeutique alors que les patients des thérapeutes rapportant une meilleure PT ont vécu une plus grande diminution de leurs symptômes au terme du suivi. Enfin, les thérapeutes prenant le temps de faire un exercice de centration avant leurs séances de thérapie rapportent une plus grande PT et ils évaluent leur rencontre comme étant plus efficace au *Session Rating Scale* (Dunn, Callahan, Swift, & Ivanovic, 2013). La PT reste toutefois un construit relativement récent qui gagnerait à être étudié davantage (Colosimo & Pos, 2015).

Depuis ses débuts, le construit de la PT a été mis en lien avec la pleine conscience. Par exemple, il a été souligné qu'en se pratiquant à être plus alertes et conscients dans leur quotidien, il est plus facile pour les thérapeutes de vivre cette qualité de présence dans leur rencontre avec les clients (Geller, 2002). Certains auteurs reconnaissent des pratiques de PC, autant formelles qu'informelles, qui permettraient de cultiver la PT des thérapeutes (Gehart & McCollum, 2008; Geller, 2002, 2003, 2013). Stratton (2006) et Vinca (2009) soulignent tout de même l'importance de faire une distinction entre la PC des thérapeutes, qui se vit au quotidien, et l'état de présence qu'ils génèrent lors des rencontres avec leurs clients, soit la PT. Sur le plan théorique, Geller et Greenberg (2012) font deux distinctions entre la PC et la PT. Premièrement, la PT se distingue par sa nature relationnelle et son accent mis sur la rencontre thérapeutique. Deuxièmement, la PC

se présente comme une approche qui peut être utilisée avec le client alors que la PT met l'emphasis sur les qualités du thérapeute sans chercher à promouvoir directement la présence chez le client.

Geller et Greenberg (2012) proposent un modèle théorique des mécanismes selon lesquels la PC influence la PT. Un premier mécanisme stipule que la PC des thérapeutes favorise leur PT par le développement de la compassion pour soi et l'empathie. Dans la perspective bouddhiste, la compassion pour l'autre débute par la compassion pour soi (Dalaï-Lama, 2001). Kristin Neff (2003a) définit la compassion pour soi comme la capacité d'être indulgent et compréhensif envers soi-même, lorsque confrontée à ses limites personnelles ou à des situations difficiles plutôt que de se critiquer négativement. L'opérationnalisation de la compassion pour soi a permis d'identifier trois composantes essentielles (Neff, 2003b) : 1) la bienveillance envers soi-même; 2) la reconnaissance de son humanité; 3) la pleine conscience. Chez les professionnels de la santé, une augmentation de la compassion pour soi est rapportée suite à la participation à une intervention basée sur la PC ou à la pratique de la méditation d'amour bienveillant (Boellinghaus, Jones, & Hutton, 2012). Ainsi, l'augmentation de la compassion pour soi que permet la PC serait intimement liée au développement de l'ouverture à soi et à l'autre, deux éléments clés de la PT.

Un second mécanisme propose que la PC des thérapeutes favorise leur PT en diminuant leur niveau de stress, d'anxiété et de dépression et en modifiant leur manière d'y réagir. Selon Mirowsky et Ross (2003), la détresse psychologique est un état subjectif désagréable associé à différents états émotionnels perturbés ainsi qu'à une variété de symptômes pénibles. Les professionnels en santé mentale sont plus à risque de vivre de la détresse psychologique que la population normale (Moore & Cooper, 1996). De plus, la détresse vécue par les thérapeutes a un

impact négatif sur la qualité des services qu'ils offrent (Guy, Poelstra, & Stark, 1989) et sur leur capacité à rester psychologiquement présent lors de leurs séances (Cain, 2000). Dans une recherche qualitative, les thérapeutes ayant vécu un épisode de détresse rapportent plus de réactivité, de passivité et d'indifférence envers leurs clients (Charlemagne-Odle, Harmon, & Maltby, 2014). Or, la PC est associée à un plus faible niveau de détresse (Davis & Hayes, 2011; Keng, Smoski, & Robins, 2011). Ainsi, en diminuant la détresse psychologique, la PC permettrait d'améliorer la PT chez les thérapeutes.

Objectif et hypothèses de recherche

L'objectif de cette étude est de vérifier empiriquement la proposition de Geller et Greenberg (2012). Plus précisément, elle vise à examiner le rôle médiateur de la compassion pour soi et la détresse psychologique dans la relation entre la PC et la PT chez les thérapeutes. Les hypothèses sont les suivantes : (1) la PC est positivement liée à la compassion pour soi et négativement liée à la détresse psychologique; (2) la PT est positivement corrélée à la compassion pour soi et négativement corrélée à la détresse psychologique; (3) le niveau de PC des thérapeutes est positivement corrélé à leur niveau de PT; (4) la compassion pour soi et la détresse psychologique agissent comme variables médiatrices dans la relation entre la PC et la PT.

Méthode

Procédure

Le recrutement des participants a été réalisé grâce au programme de soutien à la recherche de l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ). Afin de participer à l'étude, les répondants devaient remplir deux critères d'inclusions soit être psychologue membre de l'OPQ et avoir actuellement une pratique clinique. Il n'y avait aucun critère d'exclusion spécifique. Toutes les composantes

du devis de recherche et du protocole ont été approuvées par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le consentement éclairé a été obtenu pour chaque participant. Parmi eux, six cartes-cadeaux prépayées MasterCard de 25 \$ ont été tirées au hasard.

Participants

Des 199 participants qui répondaient aux critères de sélection, seuls ont été retenus ceux ayant complété au moins le premier questionnaire de la batterie de tests. Au total, 178 psychologues canadiens-français ont été retenus pour les analyses statistiques ($M_{\text{age}} = 45,9$, $ÉT = 11,6$, 73 % femmes). Le nombre d'années d'expérience de psychothérapie moyen est de 16.2 années. La plupart des participants se disent d'approche cognitive-comportementale (35,4 %), suivi de l'approche psychodynamique/analytique (15,2 %) et de l'approche humaniste/existentielle (10,7 %). 38,7 % rapportent avoir une approche éclectique. Du côté des pratiques associées à la PC, 70,8 % des répondants mentionnent intégrer des éléments de PC dans leur pratique professionnelle en incorporant des principes de bases de la PC et/ou des exercices formels de PC. Un peu plus du tiers de notre échantillon a mentionné avoir actuellement une pratique régulière de méditation ($n = 61$, 34,3 %).

Mesures

Le sondage, complété en version électronique, débutait par un questionnaire sociodémographique incluant des questions sur la pratique professionnelle des thérapeutes ainsi que sur leur pratique de PC. À cela s'ajoutaient les quatre questionnaires suivants :

Le *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; voir Appendice A) est un questionnaire autorapporté de 39 items avec une échelle de Likert

à cinq choix où 1 = *Jamais ou très rarement vrai* et 5 = *Très souvent ou toujours vrai*. *Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention* est un exemple d'item. L'analyse psychométrique de Baer et ses collaborateurs présente une structure factorielle à cinq dimensions (observation de l'expérience présente, description de l'expérience présente, non-réactivité aux phénomènes psychologiques, action en pleine conscience et non-jugement) avec un coefficient alpha variant entre 0,75 et 0,91. L'utilisation du FFMQ est recommandée dans les contextes de recherche (Sauer et al., 2013). La traduction française validée a été utilisée pour cette recherche (Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011). Cette version démontre une bonne consistance interne avec des coefficients alpha supérieurs à 0,75 pour chaque dimension. Le coefficient alpha dans la présente étude est de 0,93.

Le *Therapeutic Presence Inventory – Therapist version* (TPI-T; Geller, 2002; voir Appendice B) a été utilisé pour mesurer la présence thérapeutique. Il s'agit d'un questionnaire autorapporté de 21 items selon une échelle de Likert où 1 = *Pas du tout* et 7 = *Complètement*. Les thérapeutes sont invités à répondre selon leur expérience vécue à l'intérieur d'une séance avec un client (p. ex., *Je me sentais fatigué ou ennuyé*). Geller et ses collaborateurs (2010) rapportent de bonnes propriétés psychométriques avec une consistance interne de $\alpha = 0,94$ et une structure factorielle à une dimension. Puisqu'aucune traduction française connue n'existait, une traduction française a été effectuée par les chercheurs avec l'accord de l'auteur du questionnaire original. La méthode de traduction parallèle inversée a été utilisée (Vallerand, 1989). La consigne de base a été légèrement modifiée et adaptée pour cette recherche. Les thérapeutes étaient invités à répondre selon leur expérience des séances de psychothérapie de la dernière semaine plutôt que sur une seule rencontre, comme dans la version originale. L'étude de validation de cette

traduction démontre une bonne consistance interne ($\alpha = 0,86$; Martel, Gagnon, Bourgault, & Dionne, 2016).

Le *Self-Compassion Scale – Short form (SCS-SF*; Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011; voir Appendice C) est un questionnaire autorapporté de 12 items sur une échelle de Likert à cinq choix (ex. : *Je me dis que mes échecs font partie de la condition humaine*). Il s'agit d'une version abrégée du *Self-Compassion Scale* original à 26 items (Neff, 2003a). Dans leur étude de validation, Raes et ses collègues (2011) rapportent un alpha de Cronbach de 0,86 et une corrélation presque parfaite avec la version originale ($r \geq 0,97$). La traduction française de la version longue présente une excellente consistance interne ($\alpha = 0,82$; Kotsou & Leys, 2016). L'analyse de facteur a démontré une structure à six facteurs ainsi qu'un facteur d'ordre supérieur pour la compassion pour soi. Aux fins de cette étude, seul le facteur commun a été analysé et la consistance interne trouvée est de $\alpha = 0,82$.

L'*Indice de détresse psychologique - Enquête Santé Québec* (IDPESQ-14; voir Appendice D) a été utilisé pour mesurer la détresse psychologique. Il s'agit d'un questionnaire autorapporté de 14 items à quatre choix de réponses selon une échelle de Likert où 0 = *Jamais* et 3 = *Très souvent*. Le répondant doit indiquer à quelle fréquence, au cours de la dernière semaine, il a ressenti divers symptômes (p. ex., Vous êtes-vous senti seul?). L'IDPESQ-14 est basé sur le *Psychiatric Symptom Index* (PSI) de 26 items validé par Ilfeld (1976). En 1992, Prévile, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré proposent une traduction française à 14 items qui respecte le construit de la détresse psychologique. Ils trouvent un alpha de Cronbach de 0,89. La structure factorielle démontre quatre sous-échelles, soit la dépression, l'anxiété, l'irritabilité et les troubles cognitifs. Dans la présente étude, le coefficient alpha trouvé est de 0,87.

Analyses statistiques

Chaque variable est relativement normalement distribuée avec une asymétrie et un aplatissement de moins de 1,0. La corrélation entre les variables a été vérifiée à l'aide du test de corrélation de Pearson. Pour conduire les analyses de médiation, le macro PROCESS (version 2.15; Hayes, 2016) sur SPSS a été utilisé. Tel que recommandé par Preacher et Hayes (2008), l'effet indirect a été examiné par la méthode de correction des biais de l'intervalle de confiance au moyen de la méthode du *bootstrap* (1000 échantillons; *bias-corrected bootstrap confidence interval*). Le *bootstrap* est une procédure de rééchantillonnage non-paramétrique qui estime les propriétés de nouveaux échantillons à partir de l'observation de l'échantillon original (Bollen & Stine, 1990). Selon cette méthode, si l'intervalle de confiance à 95 % pour l'effet indirect exclu zéro, l'impact de la médiation est significatif.

Résultats

Analyse descriptive

Les statistiques descriptives ainsi que la corrélation entre les variables sont présentées dans le Tableau 2. En lien avec la première hypothèse, la PC est corrélée significativement avec la compassion pour soi ($r = 0,72$; $p < 0,01$) et la détresse psychologique ($r = -0,41$; $p < 0,01$). Ces résultats démontrent que plus les participants présentent un score élevé à la PC, plus leur score est élevé pour la compassion pour soi et faible pour la détresse psychologique. La seconde hypothèse est vérifiée alors que la présence thérapeutique est positivement corrélée à la compassion pour soi ($r = 0,54$; $p < 0,01$) et négativement corrélée à la détresse psychologique ($r = -0,41$; $p < 0,01$). Concernant la troisième hypothèse, les résultats démontrent un lien significatif entre la PC et la PT ($r = 0,58$; $p < 0,01$). Cette corrélation positive significative se vérifie également avec les cinq

dimensions du FFMQ soit l'observation de l'expérience ($r = 0,38$; $p < 0,01$), la description de l'expérience présente ($r = 0,39$; $p < 0,01$), l'action en pleine conscience ($r = 0,46$; $p < 0,01$), la non-réactivité ($r = 0,45$; $p < 0,01$) et le non-jugement ($r = 0,42$; $p < 0,01$).

Analyse de médiation

La quatrième hypothèse avait pour objectif de valider un modèle de médiation selon la proposition de Geller et Greenberg (2012). Pour ce faire, le modèle de médiation présenté dans la Figure 1 a été utilisé afin d'examiner le rôle médiateur de la compassion pour soi et la détresse psychologique dans la relation entre la PC et la PT.

Pour la compassion pour soi, la partie supérieure de la Fig. 1 démontre qu'un niveau de PC plus élevé est associé à une plus grande compassion pour soi ($b = 0,281$) et une compassion pour soi plus grande est associée à davantage de PT ($b = 0,269$). Le Tableau 3 indique que l'effet indirect de la compassion pour soi ($b = 0,189$) est statistiquement différent de zéro, tel que démontré par l'intervalle de confiance à 95 % (IC = 0,040 à 0,336). Ainsi, la compassion pour soi est un médiateur significatif dans la relation entre la PC et le PT. L'effet indirect de la compassion pour soi explique 29 % de la variance de la PT.

Pour la détresse psychologique, la partie inférieure de la Fig. 1 démontre qu'un niveau de PC plus élevé est associé à une plus faible détresse psychologique ($b = 0,372$) et une détresse psychologique plus faible est associée à davantage de PT ($b = 0,197$). Le Tableau 3 indique que l'effet indirect de la détresse psychologique ($b = 0,074$) est statistiquement différent de zéro, tel que démontré par l'intervalle de confiance à 95 % (IC = 0,004 à 0,163). Ainsi, la détresse psychologique est un médiateur significatif dans la relation entre la PC et le PT. L'effet indirect

de la détresse psychologique explique 11 % de la variance de la PT. Dans le modèle, l'effet direct de la PC sur la PT reste significatif lors de l'ajout des variables médiatrices, ce qui suggère une médiation partielle.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'examiner le rôle médiateur de la compassion pour soi et de la détresse psychologique dans la relation entre la pleine conscience et la présence thérapeutique chez les thérapeutes. Jusqu'à maintenant, aucune recherche n'avait offert d'appui empirique à cette proposition de Geller et Greenberg (2012). Cette recherche contribue donc à l'avancement des connaissances sur le lien entre la PC et la PT en examinant les liens directs et indirects entre les variables à l'étude.

Premièrement, les résultats confirment l'hypothèse initiale selon laquelle la PC est positivement associée à la compassion pour soi chez les thérapeutes. Ces résultats abondent dans le sens d'autres études menées auprès de thérapeutes et de thérapeutes en formation (Rimes & Wingrove, 2011; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005; Shapiro et al., 2007). Hölzel et al. (2011) proposent qu'en favorisant le développement de la régulation émotionnelle et en modifiant la perspective de soi, la PC favorise la bienveillance envers soi et le sentiment de connexion avec l'humanité qui sont partie intégrante de la compassion pour soi. Également, nos résultats soulignent que plus le niveau de PC des thérapeutes est élevé, moins ils vivent de détresse psychologique. En développant la curiosité face à son expérience, la capacité à identifier et gérer les états émotionnels négatifs, la PC permet une meilleure régulation des émotions et une diminution de la détresse psychologique (Hill & Updegraff, 2012; Hölzel et al., 2011; Prakash, Hussain, & Schirda, 2015).

Deuxièmement, à la connaissance des auteurs aucune étude n'avait encore vérifié le lien entre la compassion pour soi et la présence thérapeutique. Ce lien peut s'expliquer par la contribution de la compassion pour soi à trois éléments centraux de la PT soit la présence à soi, à l'autre et à la relation thérapeutique. D'abord, la compassion pour soi influence la présence à soi en rendant le thérapeute plus conscient de lui-même et en minimisant les autocritiques (Neff & Vonk, 2009). Ensuite, la compassion pour soi a un impact sur la présence au client alors qu'elle est associée à une plus grande considération pour l'autre (Neff & Pommier, 2013). Enfin, la compassion pour soi accentue la présence du thérapeute à la dynamique relationnelle en favorisant le sentiment de connexion avec le client. Cela est possible entre autre grâce à une plus faible réactivité aux difficultés relationnelles et par une reconnaissance accrue de la condition humaine partagée (Leary, Tate, Adams, Batts Allen, & Hancock, 2007). Toujours en lien avec la seconde hypothèse, cette étude démontre que les thérapeutes qui vivent plus de détresse psychologique rapportent une PT plus faible. Ainsi, l'anxiété, le stress et les symptômes dépressifs sont associés à moins de disponibilité à ce qui se passe dans l'ici et maintenant lors des rencontres avec les clients. Une explication possible de cet effet est l'impact de la détresse psychologique sur l'attention centrée sur soi qui entrave la thérapie (Williams, Hurley, O'Brien, & DeGregorio, 2003). De cette manière, les symptômes de détresse vécus par le thérapeute augmentent l'interférence potentielle de l'anxiété, des ruminations ou des autres distractions internes sur leur présence en thérapie.

Concernant la troisième hypothèse, le lien direct entre la PC et la PT a été vérifié. Ces résultats appuient ceux trouvés auprès de thérapeutes en formation (Vince, 2009). Les thérapeutes qui présentent davantage de PC (sur le *Toronto Mindfulness Scale*) dans leur quotidien sont donc

plus susceptibles de maintenir une présence attentive lors de leurs consultations avec des clients. De plus, les cinq dimensions de la PC mesurées par le FFMQ sont positivement et indépendamment corrélées à la PT. Ainsi, l'observation de l'expérience, la description de l'expérience présente, l'action en pleine conscience, la non-réactivité et le non-jugement sont toutes des habiletés qui influencent, à leur manière, la PT.

Finalement, les résultats confirment l'hypothèse principale selon laquelle la compassion pour soi et la détresse psychologique agissent comme médiateur significatif dans la relation entre la PC et la PT. Ces résultats offrent un support empirique à la proposition théorique de Geller et Greenberg (2012). Globalement, cela suggère que la PC chez les thérapeutes influence la PT partiellement grâce à l'effet indirect de l'augmentation de la compassion pour soi et de la diminution de la détresse psychologique.

Limitation et recherches futures

Cette recherche présente certaines limites qui méritent d'être soulignées. Premièrement, la recherche par sondage comporte des limites associées aux mesures autorapportées, au biais de désirabilité sociale et au biais d'échantillonnage. Selon le biais d'échantillonnage, les thérapeutes ayant un intérêt personnel ou professionnel pour la PC étaient plus susceptibles de participer à l'étude que ceux qui ne s'y intéressent pas. Cela limite la généralisation des résultats. Deuxièmement, le devis d'analyse transversale ne permet pas de vérifier la relation causale entre les variables. Une manière de combler cette lacune serait d'étudier le modèle de médiation avec une condition expérimentale avec une intervention basée sur la PC. Troisièmement, bien que la détresse psychologique et la compassion pour soi aient démontré avoir un rôle médiateur partiel sur la relation entre la PC et la PT, cela n'exclut pas que d'autres variables puissent y jouer un

rôle. Une avenue de recherches futures serait la vérification des autres suggestions de Geller et Greenberg (2012) qui proposent l'ouverture à l'expérience et la régulation attentionnelle comme variable médiatrice de la relation entre la PC et la PT. Ultimement, un modèle de médiation multiple incluant chacune de ces variables serait à vérifier.

En conclusion, la présente étude permet de mieux comprendre le lien entre la pleine conscience et la présence thérapeutique chez les thérapeutes en démontrant empiriquement l'action médiatrice partielle de la compassion pour soi et de la détresse psychologique. Il a été proposé que la PT est déterminante dans la création des conditions optimales à une thérapie efficace, et ce, peu importe l'approche théorique à laquelle s'identifie le thérapeute (Geller, 2013; Schneider, 2015). Les conclusions de cette recherche renforcent nos connaissances du lien entre la PC et la PT. Il est maintenant suggéré d'approfondir la recherche sur le développement de la PC des thérapeutes comme moyen d'accroître leur présence thérapeutique, voire d'optimiser leur pratique professionnelle.

Références

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions: An antidote to suffering in the context of substance use, misuse, and addiction. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 487-491.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2012). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness*, 5(2), 129-138.
- Bollen, K. A., & Stine, R. (1990). Direct and indirect effects: Classical and bootstrap estimates of variability. *Sociological Methodology*, 20, 115-140.
- Buber, M. (1958). *I and thou*. (2^e éd.) New York, NY: Scribner.
- Bugental, J. F. T. (1987). *The art of the psychotherapist*. New York, NY: Norton.
- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22-28.
- Charlemagne-Odle, S., Harmon, G., & Maltby, M. (2014). Clinical psychologists' experiences of personal significant distress. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(2), 237-252.

Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(2), 100-114.

Dalaï-Lama. (2001). *An open heart: Practicing compassion in everyday life*. Boston, MA: Little, Brown.

Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208.

Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78-85.

Escuriex, B. F., & Labbé, E. E. (2011). Health care providers' mindfulness and treatment outcomes: A critical review of the research literature. *Mindfulness*, 2(4), 242-253.

Gehart, D. R., & McCullom, E. E. (2008) Inviting therapeutic presence: A mindfulness-based approach. Dans S. F. Hicks & T. Bien (Éds), *Mindfulness and therapeutic relation* (pp. 176-194). New York, NY: Guilford Press.

Geller, S. M. (2002). *Therapists' presence: The development of a model and a measure*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (NQ66348)

Geller, S. M. (2003). Becoming whole: A collaboration between experiential psychotherapies and mindfulness meditation. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2(4), 258-273.

Geller, S. M. (2013). Therapeutic presence: An essential way of being. Dans M. Cooper, P. F.

Schmid, M. O'Hara, & A. C. Bohart (Éds), *The handbook of person-centered psychotherapy and counseling* (2^e éd., pp. 209-222). Basingstoke: Palgrave.

Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86.

Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610.

Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relations. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178-192.

Greason, P. B., & Cashwell, C. S. (2009). Mindfulness and counseling self-efficacy: The mediating role of attention and empathy. *Counselor Education and Supervision*, 49(1), 2-19.

- Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 48-50.
- Hayes, A. F. (2016). *PROCESS 2.15 for SPSS and SAS*. Repéré le 4 juin 2016 à <http://www.processmacro.org/download.html>
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 61(3), 147-151.
- Hill, C. L. M., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relation to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81-90.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3, Pt 2), 1215-1228.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.

- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1041-1056.
- Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PLoS ONE, 11*(4), e0152880. doi:10.1371/journal.pone.0152880.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(5), 887-904.
- Martel, M.-È., Gagnon, J., Bourgault, M., & Dionne, F. (Juin 2016). *On being present in therapy: Validation of a French translation of the therapeutic presence inventory*. Affiche présentée à The annual World Conference of the Association for Contextual and Behavioral Sciences (ACBS), Seattle, WA.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Social causes of psychological distress* (2^e éd.). New York, NY: Aldine de Gruyter.
- Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry, 42*(2), 82-89.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250.

- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relation between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.
- Oghene, J. E., Pos, A. E., & Geller, S. M. (2010). *Therapist presence, empathy and alliance in experiential treatment for depression* (Thèse de doctorat inédite). York University, Toronto, Canada.
- Prakash, R. S., Hussain, M. A., & Schirda, B. (2015). The role of emotion regulation and cognitive control in the association between mindfulness disposition and stress. *Psychology and Aging*, 30(1), 160-171.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. H. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891. doi: 10.3758/BRM.40.3.879

- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). *Psychological distress: Determination of the reliability and validity of the measure used in the Santé Québec survey*. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 235-241.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., ... Kohls, N. (2013). Assessment of mindfulness: Review on state of the art. *Mindfulness*, 4(1), 3-17.
- Schneider, K. (2015). Presence: The core contextual factor of effective psychotherapy. *Existential Analysis*, 26(2), 304-312.
- Schomaker, S. A. (2014). *The impact of mindfulness training on therapeutic alliance, empathy, and lived experience: A mixed methods study with counselor trainees*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3566594)

- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.
- Stratton, P. (2006). *Therapist mindfulness as a predictor of client outcomes*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3196740)
- Vallerand, R. J. (1989). Toward a cross-cultural validation methodology of psychological questionnaires: Implications for French language research. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680.
- Vinca, M. A. (2009). *Mindfulness and psychotherapy: A mixed methods investigation*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3381027)
- Vinca, M., & Hayes, J. (Juin 2007). *Therapist mindfulness as predictive of empathy, presence and session depth*. Présentation à The annual meeting for the Society for Psychotherapy Research, Madison, WI.

Williams, E. N., Hurley, K., O'Brien, K., & DeGregorio, A. (2003). Development and validation of the Self-Awareness and Management Strategies (SAMS) scales for therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 278-288.

Tableau 2

Analyses descriptives et corrélationnelles entre la pleine conscience, la présence thérapeutique, la compassion pour soi et la détresse psychologique

	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	1	2	3	4
1. Pleine conscience	149,0	17,2	–	0,58**	0,72**	-0,41**
2. Présence thérapeutique	111,5	10,8		–	0,54**	-0,41**
3. Compassion pour soi	44,1	6,5			–	-0,40**
4. Détresse psychologique	24,5	5,3				–

** $p < 0,01$, two-tailed.

Tableau 3

Résultats de l'analyse de médiation pour les effets indirects de la compassion pour soi et la détresse psychologique dans la relation entre la pleine conscience et la présence thérapeutique

	Effet indirect	ICS	ICS
Compassion pour soi	0,184	0,040	0,336
Détresse psychologique	0,074	0,004	0,163

ICI : Intervalle de confiance inférieur à 95 %, ICS : Intervalle de confiance supérieur à 95 %

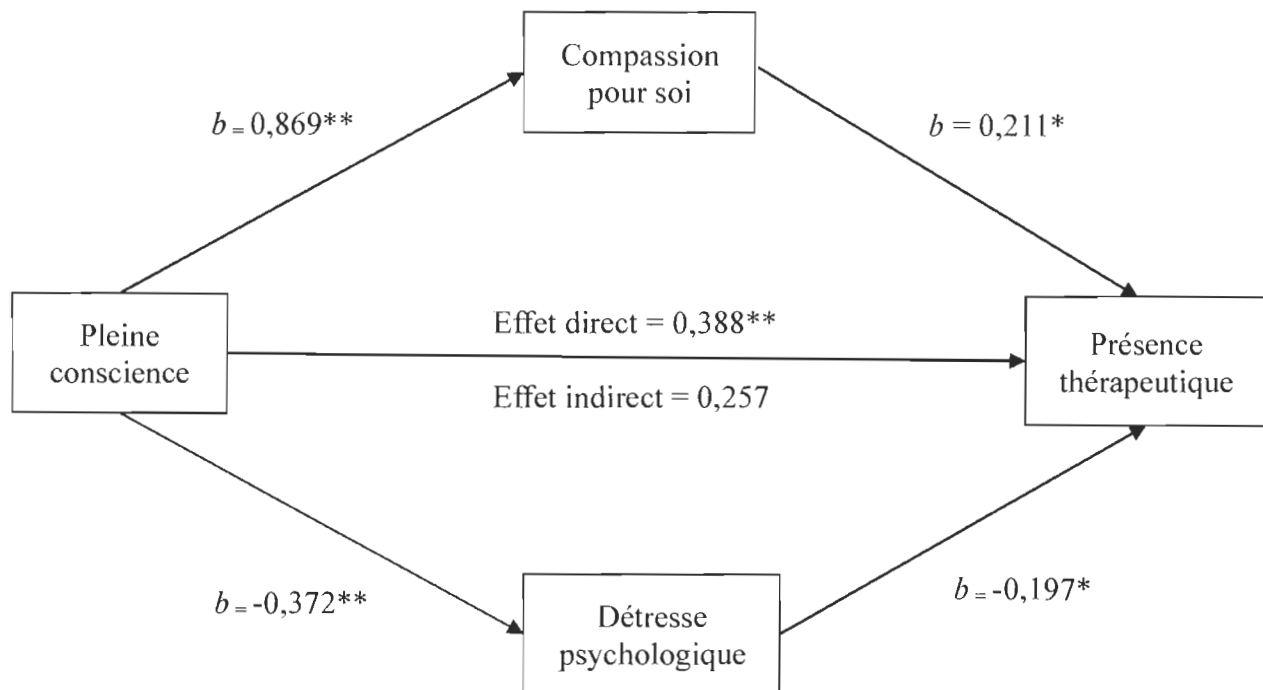


Figure 1. Analyse des voies pour les effets directs et indirects entre la pleine conscience, la compassion pour soi, la détresse psychologique et la présence thérapeutique.

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Conclusion générale

Le présent essai avait pour objectif de développer la recherche portant sur le lien entre la présence thérapeutique et la pleine conscience. Plus précisément, il a examiné les mécanismes par lesquels la PC des thérapeutes se transpose dans leur pratique professionnelle par une plus grande PT. Pour ce faire, l'Introduction générale a présenté une revue de la littérature sur la PT ainsi que sur la PC chez les thérapeutes. Les sujets de la compassion pour soi et de la détresse psychologique chez les thérapeutes ont également été brièvement couverts compte tenu de leur rôle dans l'étude présentée dans l'article scientifique.

L'article scientifique a présenté une recherche quantitative réalisée auprès de psychologues québécois. Elle vérifiait l'hypothèse selon laquelle la PT des thérapeutes est corrélée avec leur niveau de PC. Plus précisément, les résultats ont démontré une corrélation positive entre la PC des thérapeutes et la perception de leur PT. De plus, cette relation était expliquée par une médiation partielle de l'augmentation de la compassion pour soi et la diminution de la détresse psychologique.

Malgré l'obtention de ces résultats, certaines limites de cette étude méritent d'être à nouveau soulignées. Elles incluent les limites associées aux mesures autorapportées, le biais de désirabilité sociale et le biais d'échantillonnage. Selon le biais d'échantillonnage, les thérapeutes ayant un intérêt personnel ou professionnel pour la PC étaient plus susceptibles de participer à l'étude que ceux qui ne s'y intéressent pas. Cela limite la généralisation des résultats. De plus, la perception qu'a le client de la PT de son

thérapeute est une meilleure valeur prédictrice des bienfaits de la thérapie que la PT perçu par le thérapeute (Geller et al., 2010). De ce fait, des recherches futures auraient intérêt à intégrer une mesure de la PT perçu par le client.

Deuxièmement, le devis d'analyse transversale ne permet pas de vérifier la relation causale entre les variables. Une manière de combler cette lacune serait d'étudier le modèle de médiation avec une condition expérimentale incluant des mesures prétraitement et post-traitement. Par exemple, vérifier si l'évolution des scores PT serait expliquée par l'effet médiateur de la compassion pour soi et détresse psychologique suite à la participation à un programme d'intervention basée sur la PC. Troisièmement, tel que mentionné dans l'article, le modèle ne nie pas la présence potentielle d'autres médiateurs de la relation entre la PC et la PT. Ainsi, le lien entre la PC chez les thérapeutes et la PT gagnerait à être étudié davantage.

Enfin, cette étude a contribué à l'avancement des connaissances scientifiques. Bien que Geller et Greenberg (2012) aient proposé un modèle explicatif des mécanismes par lesquels la PC accroît la PT, ces hypothèses n'avaient fait l'objet d'aucune recherche empirique. Cette recherche exploratoire fournit les premières données supportant l'effet médiateur de deux des quatre variables médiatrices proposées par leur modèle. Tel qu'il a été rapporté, cette étude comporte ses limites et des recherches plus approfondies seront nécessaires pour appuyer les conclusions de cette recherche exploratoire. Nous

sommes d'avis que cette étude fournit tout de même des données originales qui pourront pister les recherches futures sur le jeune construit de la présence thérapeutique.

Un parallèle peut être tracé entre cette recherche et la littérature qui souligne l'importance pour le thérapeute d'intégrer au cursus de formation des thérapeutes des exercices expérientiels visant à augmenter leur capacité à être pleinement conscient (Davis & Hayes, 2011; Greason & Cashwell, 2009). Nous sommes d'avis qu'une des clés pour favoriser ce type de pratique est l'intégration d'exercices expérientiels au cursus de formation des psychologues. Cela implique entre autres un plus grand équilibre entre la formation qui développe la présence à l'autre et celle qui développe la présence à soi (Vinca, 2009). L'implantation de ce type de pratique remplit le double objectif d'optimiser leurs futures interventions par le développement de la présence (Schneider, 2015) et de promouvoir la santé et le bien-être chez cette population plus à risque (Christopher & Maris, 2010). Afin de valider ces hypothèses, il serait enrichissant de vérifier le modèle de médiation proposé ici dans une recherche expérimentale où les thérapeutes en formation participeraient à un programme d'intervention basée sur la PC.

Références générales

- Aiken, G. A. (2006). *The potential effect of mindfulness meditation on the cultivation of empathy in psychotherapy: A qualitative inquiry*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3217528)
- Allen, N. B., Blashki, G., & Gullone, E. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285-294.
- Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230-238.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, M. G. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.
- Baldwin, M. (2009). Entretien avec Carl Rogers sur l'utilisation du self en thérapie. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche* 10(2), 5-15.
- Barbosa, P., Raymond, G., Zlotnick, C., Wilk, J., Toomey, R., III, & Mitchell, J., III. (2013). Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduced anxiety for graduate healthcare students. *Education for Health: Change in Learning & Practice*, 26(1), 9-14.
- Bergmans, C. (2010). *Soigner par la méditation : thérapies de pleine conscience*. France : Elsevier Masson.
- Bibeau, M., Dionne, F., & Leblanc, J. (2016). Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists' empathy? A review. *Mindfulness*, 7(1), 255-263.

- Bien, T. (2006). *Mindful therapy: A guide for therapists and helping professionals*. Boston, MA: Wisdom.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2012). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness*, 5(2), 129-138.
- Boyer, R., Prévile, M., Légaré, G., & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 38(5), 339-343.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Bruce, N. (2008). *Mindfulness: Core psychotherapy process? The relationship between therapist mindfulness and therapist effectiveness*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3289297)
- Buber, M. (1958). *I and thou*. (2^e éd.) New York, NY: Scribner.
- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22-28.
- Charlemagne-Odle, S., Harmon, G., & Maltby, M. (2014). Clinical psychologists' experiences of personal significant distress. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(2), 237-252.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600.
- Christopher, J. C., & Maris, J. A. (2010). Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(2), 114-125.

- Collard, P., Avny, N., & Boniwell, I. (2008). Teaching Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) to students: The effects of MBCT on the levels of Mindfulness and subjective well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(4), 323-336.
- Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(2), 100-114.
- Cooper, M. (2012). Clients' and therapists' perceptions of intrasessional connection: An analogue study of change over time, predictor variables, and level of consensus. *Psychotherapy Research*, 22(3), 274-288.
- Cullen, M. (2011). Mindfulness-based interventions: An emerging phenomenon. *Mindfulness*, 2(3), 186-193.
- Dalai-Lama. (2001). *An open heart: Practicing compassion in everyday life*. Boston, MA: Little, Brown.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208.
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78-85.
- Epstein, M. (1995). Thoughts without a thinker: Buddhism and psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 82(3), 391-406.
- Escuriex, B. F., & Labbé, E. E. (2011). Health care providers' mindfulness and treatment outcomes: A critical review of the research literature. *Mindfulness*, 2(4), 242-253.
- Fatter, D. M., & Hayes, J. A. (2013). What facilitates countertransference management? The roles of therapist meditation, mindfulness, and self-differentiation. *Psychotherapy Research*, 23(5), 502-513.
- Gehart, D. R., & McCullom, E. E. (2008). Inviting therapeutic presence: A mindfulness-based approach. Dans S. F. Hicks & T. Bien (Éds), *Mindfulness and therapeutic relationship* (pp. 176-194). New York, NY: Guilford Press.
- Geller, S. M. (2002). *Therapists' presence: The development of a model and a measure*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (NQ66348)

- Geller, S. M. (2003). Becoming whole: A collaboration between experiential psychotherapies and mindfulness meditation. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2(4), 258-273.
- Geller, S. M. (2013a). Therapeutic presence: An essential way of being. Dans M. Cooper, P. F. Schmid, M. O'Hara, & A. C. Bohart (Éds), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2^e éd., pp. 209-222). Basingstoke: Palgrave.
- Geller, S. M. (2013b). Therapeutic presence as a foundation for relational depth. Dans R. Knox, D. Murphy, S. Wiggins, & M. Cooper (Éds), *Relational depth: New perspectives and developments* (pp. 175-184). Basingstoke: Palgrave.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2005). La présence thérapeutique : l'expérience de la présence vécue par des thérapeutes dans la rencontre psychothérapeutique. *ACP Pratique et recherche*, 1, 45-66.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178-192.
- Germer, C. K. (2005a). Mindfulness: What is it? What does it matter? Dans C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Éds), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-27). New York, NY: Guilford Press.
- Germer, C. K. (2005b). Teaching mindfulness in therapy. Dans C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Éds), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 113-129). New York, NY: Guilford Press.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2013). *Mindfulness and psychotherapy*. (2^e éd.) New York, NY: Guilford Press.

- Gilroy, P. J., Lynne, C., & Murra, J. (2002). A preliminary survey of counselling psychologists' personal experience with depression and treatment Professional psychology. *Research and Practice*, 33, 402-407.
- Greason, P. B. (2006). *Counselor Attention Scale*. Winston-Salem, NC: Author.
- Greason, P. B., & Cashwell, C. S. (2009). Mindfulness and counseling self-efficacy: The mediating role of attention and empathy. *Counselor Education and Supervision*, 49(1), 2-19.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332-338.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 48-50.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 768-774.
- Hicks, S. F., & Bien, T. (2008). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York, NY: Guildford Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
- Hopkins, A., & Proeve, M. (2013). Teaching mindfulness-based cognitive therapy to trainee psychologists: Qualitative and quantitative effects. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 115-130.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3, Pt 2), 1215-1228.

- Kabat-Zinn, J. (1984). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *ReVISION*, 7(1), 71-72.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kaplan, J. A. (2013). *The impact of therapeutic mindfulness on treatment process and treatment outcome*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3511239)
- Keane, A. (2013). The influence of therapist mindfulness practice on psychotherapeutic work: A mixed-methods study. *Mindfulness*, 5(6), 689-703.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Londres: Sage.
- Lesh, T. V. (1970). Zen meditation and the development of empathy in counselors. *Journal of Humanistic Psychology*, 10(1), 39-74.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(4), 291-312.
- Martin, J. R. (2002). The common factor of mindfulness--An expanding discourse: Comment on Horowitz. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 139-142.
- Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique : analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *International Journal of Psychology*, 24(5), 571-584.

- May, S., & O'Donovan, A. (2007). The advantages of the mindful therapist. *Psychotherapy in Australia*, 13(4), 46-53.
- McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(3), 347-360.
- McCormack, L., & Adams, E. L. (2015). Therapists, complex trauma, and the medical model: Making meaning of vicarious distress from complex trauma in the inpatient setting. *Traumatology*, 22(3), 192-202.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Social causes of psychological distress* (2^e éd.). New York, NY: Aldine de Gruyter.
- Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 82-89.
- Moore, P. (2008). Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: An experiential course of brief exercises. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 331-337.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.
- Oghene, J. E., Pos, A. E., & Geller, S. M. (2010) *Therapist presence, empathy and alliance in experiential treatment for depression* (Thèse de doctorat inédite). York University, Toronto, Canada.
- Padilla, A. (2011). *Mindfulness in therapeutic presence: How mindfulness of therapist impacts treatment outcome*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3413183)
- Regehr, C. P., Glancy, D., Pitts, A., & LeBlanc, V. R. (2014). Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: A review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 353-359.

- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 235-241.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rothaupt, J. W., & Morgan, M. M. (2007). Counselors' and counselor educators' practice of mindfulness: A qualitative inquiry. *Counseling and Values*, 52(1), 40-54.
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Moran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289-297.
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., Kohls, N. (2013). Assessment of mindfulness: Review on state of the art. *Mindfulness*, 4(1), 3-17.
- Schneider, K. (2015). Presence: The core contextual factor of effective psychotherapy. *Existential Analysis*, 26(2), 304-312.
- Schomaker, S. A. (2014). *The impact of mindfulness training on therapeutic alliance, empathy, and lived experience: A mixed methods study with counselor trainees*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3566594)
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599.

- Shapiro, S. L., Shapiro, D. E., & Schwartz, G. E. R. (2000). Stress management in medical education: A review of the literature. *Academic Medicine*, 75(7), 748-759.
- Sharifi, P. S. (2013). *Fostering self-care and mindfulness in mental health care providers*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3518159)
- Spragg, C. N. (2012). *The impact of mindfulness practice on mental health service providers-in-training: An examination of mindfulness, self-awareness, empathy, and burnout*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3497499)
- Stanley, S., Reitzel, L. R., Wingate, L. R., Cukrowicz, K. C., Lima, E. N., & Joiner, T. E., Jr. (2006). Mindfulness: A primrose path for therapists using manualized treatments? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 327-335.
- Stratton, P. (2006). *Therapist mindfulness as a predictor of client outcomes*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3196740)
- Strauss, C. C. K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4), e96110.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130.
- Vinca, M. A. (2009). *Mindfulness and psychotherapy: A mixed methods investigation*. The Pennsylvania State University. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses. (3381027)
- Virgili, M. (2013). Mindfulness-based interventions reduce psychological distress in working adults: A meta-analysis of intervention studies. *Mindfulness*, 6(2), 326-337.
- Vivino, B. L., Thompson, B. J., Hill, C. E., & Ladany, N. (2009). Compassion in psychotherapy: The perspective of therapists nominated as compassionate. *Psychotherapy Research*, 19(2), 157-171.
- Wang, S. J. (2007). *Mindfulness meditation: Its personal and professional impact on psychotherapists*. Capella University, US. Disponible par ProQuest Dissertations & Theses. (3226246)
- Warnecke, E., Quinn, S., Ogden, K., Towle, N., & Nelson, M. R. (2011). A randomised controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical student stress levels. *Medical Education*, 45(4), 381-388.

- Wexler, J. (2006). *The relationship between therapist mindfulness and the therapeutic alliance* (Thèse de doctorat inédite). Massachusetts School of Professional Psychology, Massachusetts, US.
- Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., Vogel, R., ... Thon, N. (2013). How therapists react to patient's suicide: Findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *General Hospital Psychiatry*, 35(5), 565-570.
- Young, L. A., & Baime, M. J. (2010). Mindfulness-based stress reduction: Effect on emotional distress in older adults. *Complementary Health Practice Review*, 15(2), 59-64.
- Zack, S., Saekow, J., Kelly, M., & Radke, A. (2014). Mindfulness based interventions for youth. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32(1), 44-56.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2014). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6(2), 290-302.

Appendice A
Five Facets Mindfulness Questionnaire - version française

FFMQ

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Écrivez dans la case blanche précédant l'assertion le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.

1	2	3	4	5
jamais ou très rarement vrai	rarement vrai	parfois vrai	souvent vrai	très souvent ou toujours vrai

- _____ 1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.
- _____ 2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.
- _____ 3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.
- _____ 4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.
- _____ 5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).
- _____ 6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.
- _____ 7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.
- _____ 8. Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelque façon distrait(e).
- _____ 9. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.
- _____ 10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.
- _____ 11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.
- _____ 12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.
- _____ 13. Je suis facilement distrait(e).
- _____ 14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.
- _____ 15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.
- _____ 16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.
- _____ 17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.

- _____ 18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.
- _____ 19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.
- _____ 20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.
- _____ 21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.
- _____ 22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.
- _____ 23. On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.
- _____ 24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.
- _____ 25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.
- _____ 26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.
- _____ 27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.
- _____ 28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).
- _____ 29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.
- _____ 30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.
- _____ 31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.
- _____ 32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.
- _____ 33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.
- _____ 34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.
- _____ 35. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.
- _____ 36. Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.
- _____ 37. Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.
- _____ 38. Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.
- _____ 39. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.

Appendice B

Inventaire de présence thérapeutique – version thérapeute

Inventaire de présence thérapeutique – Thérapeute

Prenez un moment afin de réfléchir à votre expérience intérieure lors de la séance d'aujourd'hui pour répondre aux questions suivantes. Veuillez noter votre expérience **PREDOMINANTE** durant **CETTE** séance (entourez-en une).

1. J'étais conscient du flux de ma propre expérience interne.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

2. Je me sentais fatigué ou ennuyé.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

3. J'ai trouvé difficile d'écouter mon client.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

4. J'ai senti que l'interaction entre mon client et moi était fluide et rythmique.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

5. Le temps semblait s'étirer.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

6. J'ai trouvé difficile de me concentrer.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

7. À certains moments, j'étais tellement immergé dans l'expérience de mon client que j'ai perdu la notion du temps et de l'espace.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

8. J'ai été capable de mettre de côté mes propres exigences et soucis pour être avec mon client.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

9. Je me sentais distant ou déconnecté de mon client.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

10. J'ai ressenti une profonde reconnaissance et du respect pour mon client en tant que personne.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

11. Je me sentais attentif et à l'écoute des nuances et des subtilités de l'expérience de mon client.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément	Complètement

12. J'étais complètement dans l'instant présent dans la séance.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément	Complètement

13. Je me sentais impatient et critique.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément	Complètement

14. Mes interventions étaient guidées par les sentiments, les mots, les images et les intuitions qui émergeaient en moi lors de mon expérience avec mon client.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément	Complètement

15. Il me tardait que la séance se termine.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément	Complètement

16. Il y avait des moments où ma manière d'agir avec mon client était différente de ce que je ressentais à l'intérieur.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément	Complètement

17. Je me sentais complètement immergé dans l'expérience de mon client tout en demeurant centré en moi-même.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément	Complètement

18. Parfois mes pensées s'éloignaient de ce qui se passait sur le moment.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément	Complètement

19. Je me sentais en synchronicité avec mon client au point de pouvoir sentir ce qu'il vivait.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément	Complètement

20. Je me sentais sincèrement intéressé par l'expérience de mon client.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément	Complètement

21. Je sentais une distance ou une barrière émotionnelle entre mon client et moi-même.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément	Complètement

Appendice C

Échelle de compassion pour soi – version courte

Échelle de compassion envers soi – Version courte

Nom : _____

Date : _____

COMMENT JE RÉAGIS GÉNÉRALEMENT VIS-À-VIS DE MOI-MÊME DANS LES MOMENTS DIFFICILES

Veillez lire attentivement chacun des énoncés avant de répondre. Suite à chaque énoncé, veuillez indiquer à quelle fréquence vous vous comportez de la façon décrite, en utilisant l'échelle suivante.

Presque jamais		Parfois		Presque toujours
1	2	3	4	5

1.	Lorsque j'échoue devant quelque chose d'important, je suis rongé(e) par un sentiment d'incompétence	1	2	3	4	5
2.	J'essaie d'être compréhensif(ve) et patient(e) vis-à-vis des aspects de ma personnalité que je n'aime pas.	1	2	3	4	5
3.	Lorsqu'un événement douloureux survient, j'essaie d'envisager la situation de manière équilibrée.	1	2	3	4	5
4.	Lorsque je suis déprimé(e), j'ai l'impression que la plupart des gens sont probablement plus heureux que moi.	1	2	3	4	5
5.	Je me dis que mes échecs font partie de la condition humaine.	1	2	3	4	5
6.	Lorsque je traverse une période très difficile, je m'accorde l'affection et la tendresse dont j'ai besoin.	1	2	3	4	5
7.	Lorsque quelque chose me perturbe, j'essaie de relativiser mes émotions.	1	2	3	4	5
8.	Lorsque j'échoue devant quelque chose d'important, j'ai tendance à me sentir seul(e) devant mon échec.	1	2	3	4	5
9.	Lorsque je suis démoralisé(e), j'ai tendance à faire une obsession et une fixation sur tout ce qui ne va pas.	1	2	3	4	5
10.	Lorsque je me sens incompetent(e), j'essaie de me rappeler que la plupart des gens partagent ce sentiment d'incompétence.	1	2	3	4	5
11.	Je désapprouve et je juge mes propres défauts et mes imperfections.	1	2	3	4	5
12.	Je suis intolérant(e) et impatient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.	1	2	3	4	5

Appendice D
Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ-14)

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé.

Jamais 1	De temps en temps 2	Assez souvent 3	Très souvent 4
-------------	------------------------	--------------------	-------------------

Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE :
--

1. Vous êtes-vous senti désespéré en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
2. Vous êtes-vous senti seul?	1	2	3	4
3. Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
4. Vous êtes-vous senti découragé ou avez-vous eu les « bleus »?	1	2	3	4
5. Vous êtes-vous senti tendu ou sous pression?	1	2	3	4
6. Vous êtes-vous laissé emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4
7. Vous êtes-vous senti ennuyé ou peu intéressé par les choses?	1	2	3	4
8. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4
10. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti sur le point de pleurer?	1	2	3	4
11. Vous êtes-vous senti agité ou nerveux intérieurement?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous senti négatif envers les autres?	1	2	3	4
13. Vous êtes-vous senti facilement contrarié ou irrité?	1	2	3	4
14. Vous êtes-vous fâché pour des choses sans importance?	1	2	3	4

Appendice E
Traduction anglaise de l'article scientifique

**Therapeutic Presence and Mindfulness: Mediating Role of Self-Compassion and
Psychological Distress among Therapists**

Bourgault, Maxime & Dionne, Frédérick

Department of Psychology, Université du Québec à Trois-Rivières,
Trois-Rivières, Québec, Canada

Email: max.b.psy@gmail.com

Résumé

La présence thérapeutique se définit comme la capacité d'être entièrement présent durant la rencontre avec ses clients, à la fois aux niveaux physique, émotionnel, cognitif et spirituel. Il a été suggéré que la pleine conscience des thérapeutes influence leur niveau de présence thérapeutique de différentes manières, notamment par le développement de la compassion pour soi et la diminution des symptômes d'anxiété et de dépression. L'objectif de la présente étude est d'examiner le rôle médiateur de la compassion pour soi et de la détresse psychologique dans la relation entre la pleine conscience et la présence thérapeutique. Les résultats obtenus auprès d'un échantillon de 178 psychologues québécois confirment les modèles de médiation proposés. Ils démontrent des liens directs et indirects significatifs entre la pleine conscience, la compassion pour soi et la détresse psychologique, ainsi que la présence thérapeutique. Ces résultats appuient le lien entre la pleine conscience et la présence thérapeutique chez les psychologues et fournissent une meilleure compréhension de la manière dont la première influence la seconde. Des pistes de recherches futures sont discutées.

Mots-clés : Pleine conscience, Psychologue, Présence thérapeutique, Médiation, Compassion pour soi, Détresse psychologique.

Abstract

Therapeutic presence refers to the capacity to bring one's whole self in the encounter with clients by being present on multiple levels: physically, emotionally, cognitively and spiritually. It has been suggested that mindfulness influences therapeutic presence in various ways, including through the fostering of self-compassion and the reduction of anxiety and depression symptoms in therapists. The main objective of this research is to examine the mediating role of self-compassion and psychological distress in the relation between mindfulness and therapeutic presence. Questionnaires were administered online to a sample of 178 French Canadian psychologists. Results confirm the mediation models through significant direct and indirect effects between mindfulness, self-compassion and psychological distress and therapeutic presence. These results support the link between mindfulness and therapeutic presence in therapists and offer a better understanding of the ways in which the first influences the second. Avenues for future research are discussed.

Key words: Mindfulness, Therapist, Therapeutic presence, Mediation, Self-compassion, Psychological distress.

Kabat-Zinn (2003) defines mindfulness as a state of consciousness that emerges from focusing on the experience unfolding in the moment, intentionally and non-judgmentally. More and more therapists are interested in learning and incorporating mindfulness techniques to their practice (Black 2014). Mindfulness influences both the personal and professional lives of therapists. On the personal front, mindfulness is linked to a better quality of life, unless the therapist suffers from fatigue, anxiety or depression (Davis & Hayes 2011; Shapiro, Brown & Biegel 2007). On the professional front, a greater sense of self-efficacy, greater empathy and greater attention during encounters are among the positive impacts (Greason & Cashwell 2009; Schomaker 2014). As of yet, research results on the influence of the therapist's mindfulness on the therapeutic outcome in patients are mixed and fail to confirm the existence of such influence (Escuriex & Labbé 2011). Over the last few years, some research focusing on the mindfulness of therapists looked at a new variable of interest, therapeutic presence (Geller & Greenberg 2012).

Therapeutic presence (TP) is defined as “bringing one's whole self into the encounter with clients, by being completely in the moment on multiple levels: physically, emotionally, cognitively and spiritually” (Geller & Greenberg 2002). It involves the therapist being present for his client, himself and the relational experience that unfolds during this encounter. The importance of the therapist to be present and attentive to his client to promote the therapeutic work has been stressed on many occasions in the past (Buber 1958; Bugental 1987; Rogers 1957); however, the vague

descriptions and lack of consensus between the definitions of presence in psychotherapy led Geller (2002) to create her own TP model. A growing body of research focuses on this TP model (Geller & Porges 2014). To date, the TP perceived by the client has been positively linked to the perception that the client has of the therapist's empathy (Oghene, Pos & Geller 2010; Vinca 2009; Vinca & Hayes 2007), the therapeutic alliance (Geller, Greenberg & Watson 2010; Oghene et al., 2010) and the therapeutic efficiency (Geller et al., 2010; Vinca 2009; Vinca & Hayes 2007). As for the TP perceived by the therapist, it is positively linked to his empathy and his self-reported level of mindfulness (Vinca 2009). In a study conducted by Vinca and Hayes (2007), TPI-therapist scores proved to be a predictive value of therapeutic efficiency as the patients of therapists reporting better TP enjoyed a more favorable outcome at the end of the follow-up. Finally, therapists who take the time to complete a concentration exercise before their therapy sessions report better TP and deem their encounter as more efficient according to the Session Rating Scale (Dunn, Callahan, Swift, & Ivanovic 2013). However, TP remains a fairly recent construct that would benefit from further consideration (Colosimo & Pos 2015).

The TP construct has been linked to mindfulness since its beginnings. For example, it has been pointed out that by practicing to be more alert and conscious in their everyday lives, it is easier for therapists to live this presence quality in their encounter with clients (Geller 2002). Some authors recognize formal and informal mindfulness practices that would help to cultivate the TP of therapists (Gehart & McCollum 2008;

Geller 2002, 2003, 2013). Nevertheless, Stratton (2006) and Vinca (2009) stress the importance of distinguishing between the mindfulness of therapists, lived in everyday life, and the presence they generate during encounters with clients, or their TP. On the theoretical front, Geller and Greenberg (2012) make two distinctions between mindfulness and TP. First, TP is characterized by its relational nature and the focus it puts on the therapeutic encounter. Second, mindfulness can be described as an approach that can be used with the client while TP focuses on the qualities of the therapist without looking to foster the client's presence directly.

Geller and Greenberg (2012) propose a theoretical model of mechanisms according to which mindfulness influences TP. A first mechanism stipulates that the mindfulness of therapists fosters their TP through the development of self-compassion and empathy. In the Buddhist perspective, compassion for others starts with self-compassion (Dalai-Lama 2001). Kristin Neff (2003a) defines self-compassion as the capacity to be self-indulgent and comprehensive toward oneself when faced with personal limits or difficult situations, rather than criticizing oneself negatively. The operationalization of self-compassion allowed for the identification of three essential components (Neff 2003b): 1) kindness to ourselves; 2) recognition of mankind; 3) mindfulness. Among health professionals, an increase in self-compassion is reported after participating in an intervention based on mindfulness or in the practice of loving kindness meditation (Boellinghaus, Jones, & Hutton 2012). As such, the increase in self-compassion that

enables mindfulness would be closely linked to the development of openness to oneself and others, two key components of TP.

A second mechanism proposes that the mindfulness of therapists fosters their TP by reducing their level of stress, anxiety and depression, and changing their way of reacting to it. According to Mirowsky and Ross (2003), psychological distress is an unpleasant subjective state linked to various disturbed emotional states and a variety of painful symptoms. Mental health professionals are more at risk of experiencing psychological distress than the normal population (Moore & Cooper 1996). Furthermore, the distress experienced by therapists has a negative impact on the quality of the services they offer (Guy, Poelstra, & Stark 1989) and their ability to remain psychologically present during their sessions (Cain 2000). In a qualitative research, therapists who experienced an episode of distress report more responsiveness, passiveness and indifference toward their clients (Charlemagne-Odle, Harmon, & Maltby 2014). Yet, mindfulness is linked to a lower distress level (Davis & Hayes 2011; Keng, Smoski, & Robins 2011). Thus, by reducing the psychological distress, mindfulness would help to improve TP among therapists.

Research objective and hypotheses

The objective of this study is to verify the proposal of Geller and Greenberg (2012) empirically. More specifically, it aims to examine the mediating role of self-compassion and psychological distress in the relation between the mindfulness and TP of therapists.

The hypotheses are the following: (1) mindfulness is positively linked to self-compassion and negatively linked to psychological distress; (2) TP is positively linked to self-compassion and negatively linked to psychological distress; (3) the therapists' level of mindfulness is positively linked to their TP level; (4) self-compassion and psychological distress act as mediating variables in the link between mindfulness and TP.

Method

Procedure

Participants were recruited through the research support program of the Ordre des Psychologues du Québec (OPQ). To participate in the study, respondents had to meet two inclusion criteria: be a registered psychologist and currently have a clinical practice. There were no specific exclusion criteria. All components of the research design and protocol were approved by the Ethics Committee at the Université du Québec à Trois-Rivières. Each participant gave their informed consent. Six \$25 prepaid MasterCard gift cards were drawn at random among participants.

Participants

Of the 199 participants who met the selection criteria, only those who completed at least the first questionnaire in the test procedure were selected. In total, 178 French Canadian psychologists were selected for the statistical analyses ($M_{\text{age}} = 45.9$, $SD = 11.6$, 73% women). The average number of years of experience in psychotherapy is 16.2

years. Most participants claim to adopt the cognitive-behavioral approach (35.4%), followed by the psychodynamic/analytical approach (15.2%) and the humanistic/existential approach (10.7%). 38.7% report adopting an eclectic approach. In terms of mindfulness-related practices, 70.8% of respondents mention integrating aspects of mindfulness in their professional practice by incorporating basic principles of mindfulness and/or formal mindfulness exercises. A third of our sample mentioned currently using regular practices of meditation ($n = 61$, 34.3%).

Measures

The survey, completed electronically, began with a sociodemographic questionnaire that included questions on the therapists' professional practice and mindfulness practice. To this were added the four following questionnaires:

The *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney 2006) is a self-reported questionnaire that includes 39 items and uses a five-level Likert scale where 1 = *Never or very rarely true* and 5 = *Very often or always true*. *I find myself doing things without paying attention* is an example of an item. The psychometric analysis of Baer and his collaborators (2006) presents a factor structure composed of five facets (observing, describing, acting with awareness, non-judging of inner experience, and non-reactivity to inner experience) with alpha coefficients ranging from 0.75 to 0.91. Use of the FFMQ is recommended in research contexts (Sauer et al., 2013). The validated French translation was used for this research (Heeren, Douilliez, Peschard,

Debrauwere, & Philippot 2011). This version demonstrates good internal consistency with alpha coefficients greater than 0.75 for each facet. This study has an alpha coefficient of 0.93.

The *Therapeutic Presence Inventory – Therapist version* (TPI-T) was used to measure therapeutic presence (Geller 2002). This is a self-reported questionnaire that includes 21 items and uses a Likert scale where 1 = *Not at all* and 7 = *Completely*. The therapists are asked to respond according to their experience during a past client session (e.g., *I felt tired or bored*). Geller and his collaborators (2010) report good psychometric properties with an internal consistency of $\alpha = 0.94$ and a single-facet factor structure. Given that there was no known French translation, a French translation was completed by the researchers with the consent of the author of the original questionnaire. Parallel back-translation was used (Vallerand 1989). The guideline was slightly modified and adapted for this research. The therapists were asked to respond according to their experience during the psychotherapy sessions of the previous week rather than based on only one session, as in the original version. The study of the validation of this translation demonstrated good internal consistency ($\alpha = 0.86$; Martel, Gagnon, Bourgault & Dionne 2016).

The *Self-Compassion Scale – Short form* (SCS-SF; Raes, Pommier, Neff & Van Gucht 2011) is a self-reported questionnaire that includes 12 items and uses a five-level Likert scale (e.g.: *I'm kind to myself when I'm experiencing suffering*). It is an abridged

version of the original *Self-Compassion Scale*, which includes 26 items (Neff 2003a). In their validation study, Raes and his colleagues (2011) report a Cronbach alpha of 0.86 and an almost perfect correlation with the original version ($r \geq 0.97$). The French translation of the long version has excellent internal consistency ($\alpha = 0.82$; Kotsou & Leys 2016). The factor analysis showed a six-factor structure and a high order factor for self-compassion. For the purposes of this study, only the common factor was analyzed, and the internal consistency found is $\alpha = 0.82$.

The *Psychological Distress Indicator - Santé Québec Survey* (IDPESQ-14) was used to measure the psychological distress. This self-reported questionnaire includes 14 items and uses a four-level Likert scale where 0 = *Never* and 3 = *Very often*. The respondent must indicate how often he felt the various symptoms over the last week (e.g., *Did you feel lonely?*). The IDPESQ-14 is based on the *Psychiatric Symptom Index* (PSI), which includes 26 items and is validated by Ilfeld (1976). In 1992, Prévile, Boyer, Potvin, Perrault and Légaré proposed a 14-item French translation that respects the psychological distress construct. They found a Cronbach alpha of 0.89. The factor structure shows four sub-scales: depression, anxiety, irritability and cognitive disorders. In this study, the alpha coefficient found is 0.87.

Statistical analysis

Each variable is distributed relatively normally with a skewness and kurtosis of less than 1. The correlation between variables was verified using Pearson's correlation test.

To conduct the mediation analyses, the PROCESS macro (version 2.15; Hayes 2016) on SPSS was used. As recommended by Preacher and Hayes (2008), the indirect effect was examined using the bias-corrected bootstrap confidence interval (1,000 samples). This nonparametric resampling procedure estimates the properties of new samples based on the observation of the original sample (Bollen & Stine 1990). According to this method, if the confidence interval at 95% for the indirect effect excludes zero, mediation has a significant impact.

Results

Descriptive analysis

The descriptive statistics and correlation between variables are presented in Table 1. In keeping with the first hypothesis, mindfulness is significantly correlated with self-compassion ($r = 0.72$; $p < 0.01$) and psychological distress ($r = -0.41$; $p < 0.01$). These results show that the higher the participants' mindfulness score, the higher their self-compassion score and the lower psychological distress score. The second hypothesis is verified as therapeutic presence is positively correlated with self-compassion ($r = 0.54$; $p < 0.01$) and negatively correlated with psychological distress ($r = -0.41$; $p < 0.01$). Regarding the third hypothesis, the results show a significant link between mindfulness and TP ($r = 0.58$; $p < 0.01$). This significant positive correlation can also be verified with the FFMQ's five facets: observing ($r = 0.38$; $p < 0.01$), describing ($r = 0.39$; $p < 0.01$), acting with awareness ($r = 0.46$; $p < 0.01$), non-reactivity to inner experience ($r = 0.45$; $p < 0.01$) and non-judgment of inner experience ($r = 0.42$; $p < 0.01$).

Mediation analysis

The fourth hypothesis was meant to validate a mediation model according to the proposal of Geller and Greenberg (2012). To do this, the mediation model presented in Figure 1 was used to examine the mediating role of self-compassion and psychological distress in the link between mindfulness and TP.

The self-compassion pathway (top part of Fig. 1) shows that a higher level of mindfulness is linked to greater self-compassion ($b = 0.281$), and greater self-compassion is linked to more TP ($b = 0.269$). Table 2 indicates that the indirect effect of self-compassion ($b = 0.189$) is statistically different from zero, as shown by the confidence interval at 95% (CI = 0.040 to 0.336). Thus, self-compassion is a significant mediator in the relation between mindfulness and TP. The indirect effect of self-compassion explains 29% of the TP variance.

The psychological distress pathway (lower part of Fig. 1) shows that a higher level of mindfulness is linked to lower psychological distress ($b = 0.372$), and lower psychological distress is linked to more TP ($b = 0.197$). Table 2 indicates that the indirect effect of psychological distress ($b = 0.074$) is statistically different from zero, as shown by the confidence interval at 95% (CI = 0.004 to 0.163). Thus, psychological distress is a significant mediator in the relation between mindfulness and TP. The indirect effect of psychological distress explains 11% of the TP variance. In the model,

the direct effect of mindfulness on TP remains significant when mediating variables are added, which suggests partial mediation.

Discussion

The main objective of this study was to examine the mediating role of self-compassion and psychological distress in the relation between mindfulness and therapeutic presence among therapists. As of yet, no research had provided empirical support for the proposal made by Geller and Greenberg (2012). This research therefore contributes to the advancement of knowledge on the correlation between mindfulness and TP by examining the direct and indirect links between the variables studied.

First, the results confirm the initial hypothesis according to which mindfulness is positively linked to self-compassion among therapists. These results support other studies conducted among therapists and training therapists (Rimes & Wingrove 2011; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova 2005; Shapiro et al., 2007). Hölzel and al. (2011) propose that by favoring the development of emotional regulation and changing our perspective of ourselves, mindfulness fosters kindness toward ourselves and a sense of connection with mankind, which are an integral part of self-compassion. Our results also stress that the higher the therapists' level of mindfulness is, the less they experience psychological distress. By developing curiosity toward one's experience and the ability to identify and manage negative emotional states, mindfulness allows for better regulation of emotions and reduced psychological distress (Hill & Updegraff 2012; Hölzel et al., 2011; Prakash, Hussain, & Schirda 2015).

Second, to the authors' knowledge, no study had yet verified the link between self-compassion and TP. This significant link found in this study can be explained by self-compassion's contribution to three main elements of TP: presence to self, presence to the client and present to the therapeutic relation. First, self-compassion influences self-presence by making the therapist more self-aware and minimizing self-criticism (Neff & Vonk 2009). Then, self-compassion impacts the presence with the client as it is linked to greater consideration for others (Neff & Pommier 2013). Finally, self-compassion accentuates the therapist's presence to the relational dynamics by fostering the sense of connection with the client. This is possible namely through lower responsiveness to relational difficulties and greater recognition of the shared human condition (Leary, Tate, Adams, Batts Allen, & Hancock 2007). Still in keeping with the second hypothesis, this study demonstrated that therapists who experience more psychological distress report weaker TP. So, anxiety, stress and depressive symptoms lived by the therapist makes him less available to what is happening in the moment during client encounters. A possible explanation for this effect is the impact of psychological distress on hindering self-focused attention (Williams, Hurley, O'Brien, & DeGregorio 2003). In this way, the distress symptoms experienced by the therapist increase the potential interference of anxiety, ruminations or other internal distractions on his presence during therapy.

Regarding the third hypothesis, the direct link between mindfulness and TP has been verified. These results support those found among training therapists (Vinca 2009). Therapists who are more mindful in their everyday lives are more likely to sustain their presence in a non-judgmental way during client consultations. Furthermore, the five facets of mindfulness measured by the FFMQ are positively and independently correlated with TP. As such, observing, describing, acting with awareness, non-judging of inner experience, and non-reactivity to inner experience are all abilities that influence TP in their own way.

Finally, the results confirm the main hypothesis according to which self-compassion and psychological distress act as significant mediator in the relation between mindfulness and TP. These results provide empirical support for the theoretical proposal made by Geller and Greenberg (2012). Overall, this suggests that therapists' mindfulness influences TP in part through the indirect effect of increased self-compassion and decreased psychological distress.

Limitations and future research

This research presents certain limitations that ought to be pointed out. First, survey research has limitations linked to self-reported measures, social desirability bias and sampling bias. According to the sampling bias, therapists with a personal or professional interest in mindfulness were more likely to participate to this study than those who were not interested in it. This limits the generalization of results. Furthermore, the client's

perception of his therapist's TP has a better predictive value of the benefits of therapy than the TP perceived by the therapist (Geller, Greenberg, & Watson 2010). Hence, future research would benefit from the integration of the TP perceived by the client.

Second, the cross-sectional study makes it impossible to verify the causal relation between the variables. This issue could be addressed by studying the mediation model with an experimental condition including pretreatment and post treatment measures. For example, verify if the changes in TP scores could be explained by the mediating effect of self-compassion and psychological distress following participation in an intervention program based on mindfulness.

Finally, although psychological distress and self-compassion have demonstrated a partial mediating role on the relation between mindfulness and TP, this does not exclude other variables from possibly affecting it as well. An avenue for future research would be the verification of other suggestions made by Geller and Greenberg (2012) who propose openness to experience and attentional regulation as other mediating variables of the link between mindfulness and TP. Ultimately, a multiple mediation model including each of these variables should be verified.

In conclusion, this study enables better comprehension of the link between mindfulness and therapeutic presence among therapists by empirically demonstrating the partial mediating action of self-compassion and psychological distress. It has been

proposed that TP is decisive in the creation of optimum conditions for efficient therapy, regardless of the theoretical approach to which the therapist identifies (Geller 2013; Schneider 2015). The conclusions of this research reinforce our knowledge of the link between mindfulness and TP. Further research on the development of therapists' mindfulness as a way to enhance their therapeutic presence, or even optimize their professional practice, is now suggested.

References

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.
- Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions: An antidote to suffering in the context of substance use, misuse, and addiction. *Substance Use & Misuse, 49*(5), 487-491.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2012). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness, 5*(2), 129-138.
- Bollen, K. A., & Stine, R. (1990). Direct and indirect effects: Classical and bootstrap estimates of variability. *Sociological Methodology, 20*, 115-140.
- Buber, M. (1958). *I and thou*. (2nd ed.) New York, NY: Scribner.
- Bugental, J. F. T. (1987). *The art of the psychotherapist*. New York, NY: Norton.
- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(1), 22-28.
- Charlemagne-Odle, S., Harmon, G., & Maltby, M. (2014). Clinical psychologists' experiences of personal significant distress. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 87*(2), 237-252.
- Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of Psychotherapy Integration, 25*(2), 100-114.
- Dalai-Lama. (2001). *An open heart: Practicing compassion in everyday life*. Boston, MA: Little, Brown.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198-208.
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research, 23*(1), 78-85.

- Escuriex, B. F., & Labbé, E. E. (2011). Health care providers' mindfulness and treatment outcomes: A critical review of the research literature. *Mindfulness*, 2(4), 242-253.
- Gehart, D. R., & McCullom, E. E. (2008) Inviting therapeutic presence: A mindfulness-based approach. In S. F. Hicks & T. Bien (Eds), *Mindfulness and therapeutic relation* (pp. 176-194). New York, NY: Guilford Press.
- Geller, S. M. (2002). *Therapists' presence: The development of a model and a measure*. Accessible through ProQuest Dissertations & Theses. (NQ66348)
- Geller, S. M. (2003). Becoming whole: A collaboration between experiential psychotherapies and mindfulness meditation. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2(4), 258-273.
- Geller, S. M. (2013). Therapeutic presence: An essential way of being. In M. Cooper, P. F. Schmid, M. O'Hara, & A. C. Bohart (Eds), *The handbook of person-centered psychotherapy and counseling* (2nd ed., pp. 209-222). Basingstoke: Palgrave.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relations. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178-192.
- Greason, P. B., & Cashwell, C. S. (2009). Mindfulness and counseling self-efficacy: The mediating role of attention and empathy. *Counselor Education and Supervision*, 49(1), 2-19.
- Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 48-50.
- Hayes, A. F. (2016). *PROCESS 2.15 for SPSS and SAS*. Recovered on June 4, 2016 from <http://www.processmacro.org/download.html>

- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 61(3), 147-151.
- Hill, C. L. M., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relation to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81-90.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3, Pt 2), 1215-1228.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
- Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PLoS ONE*, 11(4), e0152880. doi:10.1371/journal.pone.0152880.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904.
- Martel, M.-È., Gagnon, J., Bourgault, M., & Dionne, F. (2016, June). *On being present in therapy: Validation of a French translation of the therapeutic presence inventory*. Poster presented at the annual World Conference of the Association for Contextual and Behavioral Sciences (ACBS), Seattle, WA.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Social causes of psychological distress* (2nd ed.). New York, NY: Aldine de Gruyter.
- Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 82-89.

- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relation between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.
- Oghene, J. E., Pos, A. E., & Geller, S. M. (2010). *Therapist presence, empathy and alliance in experiential treatment for depression* (Unpublished doctoral these). York University, Toronto, Canada.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation*. New York, NY: Norton & Company.
- Prakash, R. S., Hussain, M. A., & Schirda, B. (2015). The role of emotion regulation and cognitive control in the association between mindfulness disposition and stress. *Psychology and Aging*, 30(1), 160-171.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. H. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891. doi: 10.3758/BRM.40.3.879
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). *Psychological distress: Determination of the reliability and validity of the measure used in the Santé Québec survey*. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 235-241.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.

- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., ... Kohls, N. (2013). Assessment of mindfulness: Review on state of the art. *Mindfulness*, 4(1), 3-17.
- Schneider, K. (2015). Presence: The core contextual factor of effective psychotherapy. *Existential Analysis*, 26(2), 304-312.
- Schomaker, S. A. (2014). *The impact of mindfulness training on therapeutic alliance, empathy, and lived experience: A mixed methods study with counselor trainees*. Available through ProQuest Dissertations & Theses. (3566594)
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.
- Stratton, P. (2006). *Therapist mindfulness as a predictor of client outcomes*. Available through ProQuest Dissertations & Theses. (3196740)
- Vallerand, R. J. (1989). Toward a cross-cultural validation methodology of psychological questionnaires: Implications for French language research. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680.
- Vinca, M. A. (2009). *Mindfulness and psychotherapy: A mixed methods investigation*. Available through ProQuest Dissertations & Theses. (3381027)
- Vinca, M., & Hayes, J. (2007, June). *Therapist mindfulness as predictive of empathy, presence and session depth*. Presentation at the annual meeting for the Society for Psychotherapy Research, Madison, WI.
- Williams, E. N., Hurley, K., O'Brien, K., & DeGregorio, A. (2003). Development and validation of the Self-Awareness and Management Strategies (SAMS) scales for therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 278-288.

Table 1

Descriptive Statistics and Intercorrelations between Mindfulness, Therapeutic Presence, Self-Compassion & Psychological Distress

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4
1. Mindfulness	149.0	17.2	–	.58**	.72**	-.41**
2. Therapeutic presence	111.5	10.8		–	.54**	-.41**
3. Self-compassion	44.1	6.5			–	-.40**
4. Psychological distress	24.5	5.3				–

** $p < .01$, two-tailed.

Table 2

Results of Mediation Analysis for Indirect Effects of Self-Compassion and Psychological Distress in the Relation between Mindfulness and Therapeutic Presence

	Indirect effect	LLCI	ULCI
Self-compassion	.184	.040	.336
Psychological distress	.074	.004	.163

LCI = Lower confidence interval at 95%. UCI: Upper confidence interval at 95%

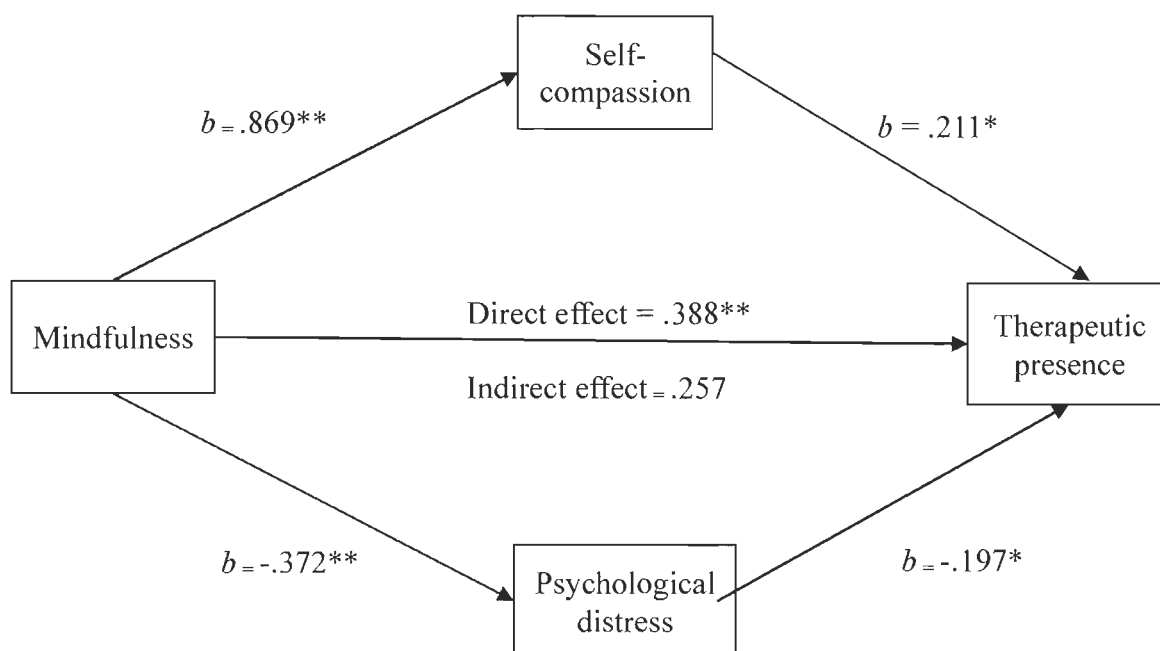


Figure 1. Path analysis showing direct and indirect effects between mindfulness, self-compassion and psychological distress and therapeutic presence.

** $p < .01$, * $p < .05$